

Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch

Mayer-Lewis, Birgit; Neumann, Regina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mayer-Lewis, B., & Neumann, R. (2014). *Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch*. (ifb-Materialien, 1-2014). Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-46977-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Dr. Birgit Mayer-Lewis
unter Mitarbeit von Regina Neumann

BERATUNG BEI KINDERWUNSCH

Best-Practice-Leitfaden für die
psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch

ifb-Materialien 1-2014

BERATUNG BEI KINDERWUNSCH

Best-Practice-Leitfaden
für die psychosoziale Beratung
bei Kinderwunsch



Liebe Leserinnen und Leser,
für viele Menschen ist die Gründung einer eigenen Familie selbstverständlicher Teil ihrer Lebensplanung. Sie wünschen sich nichts sehnlicher als eigene Kinder. Umso größer ist die Bestürzung, wenn genau das, aus welchen Gründen auch immer, nicht möglich ist.

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann eine große Belastung sein. Nicht selten wächst der empfundene Druck und damit die psychische Belastung im Verlauf erfolgloser medizinischer Kinderwunschbehandlungen. Das kann auch zu schweren Lebenskrisen führen, zumal Fruchtbarkeitsstörungen und Kinderwunschbehandlungen noch immer tabuisiert werden. Betroffenen fällt es mitunter sehr schwer, darüber zu reden – auch in der Familie und mit engen Freunden.

In diesen Momenten sind die Paare auf medizinische Unterstützung und psychosoziale Beratung angewiesen. Dazu gehört auch die Aufklärung über Erfolgschancen, Risiken und Grenzen des medizinisch Möglichen. Sie benötigen aber auch Informationen und Hilfestellungen im Umgang mit Misserfolgen, sowie Beistand bei der Stressbewältigung und die emotionale Unterstützung im Umgang mit der persönlichen Situation. Um das Erlebte zu verarbeiten, ist das ganzheitliche Angebot der psychosozialen Beratung eine Möglichkeit, den ungewollt kinderlosen Paaren in ihren schwierigen Situationen eine Perspektive zu bieten.

Ich danke dem Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg für die wissenschaftliche Begleitung und die gute Zusammenarbeit. Ein herzliches Dankeschön auch an alle Beteiligten für Ihren unermüdlichen Einsatz und die Unterstützung der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch.

Emilia Müller

Bayerische Staatsministerin
für Arbeit und Soziales,
Familie und Integration

I. Hintergrund	6
I.1 Daten und Fakten	7
I.2 Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit	9
I.3 Angebote der Reproduktionsmedizin	11
I.4 Kosten reproduktionsmedizinischer Behandlungen	14
I.5 Gesetzliche Regelungen, Richt- und Leitlinien	16
I.6 Zentrale Belastungen der Betroffenen	19
I.7 Beratungsbedarf	24
II. Handlungsempfehlungen.....	26
II.1 Zielgruppenorientierung	26
II.2 Inhaltliche Spezialisierung – Themen und Inhalte von Beratung bei Kinderwunsch	27
II.3 Aufbau geeigneter Angebotsstrukturen	35
II.3.1 Konzept und Qualifizierung	36
II.3.2 Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit	40
II.3.3 Vernetzung und Kooperation.....	44
II.3.4 Öffentlichkeitsarbeit	50
II.3.5 Qualitätssicherung.....	52
II.4 Zusammenfassung und Ausblick.....	53
III. Hilfreiche Materialien und Informationen	56
a) Information und Hinweise auf Richt- und Leitlinien	56
b) BZgA-Information zu Qualifizierungsangeboten	56
c) Information zur Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“	56
d) Informationsflyer	56
e) Instrumente zur Dokumentation.....	56
f) Kooperationsvereinbarung.....	56
g) Logo	56
h) Glossar – Erklärungen von Fachbegriffen	79
IV. Literatur	82

Abbildungen

Abb. 1: Verteilung organischer Ursachen	9
Abb. 2: Phasen des Kinderwunschprozesses sowie zentrale Beratungsanlässe	34
Abb. 3: Aufgabenbereiche Beratungsangebot bei Kinderwunsch	35
Abb. 4: Phasen der Vernetzung	45
Abb. 5: Logo „Netzwerk Kinderwunsch Amberg“	56
Abb. 6: Informationsflyer aus dem SARA-Projekt – Vorderseite	57
Abb. 7: Informationsflyer aus dem SARA-Projekt – Rückseite	57
Abb. 8: Beispiel Dokumentation – Einzel- und Paarberatungen	58
Abb. 9: Beispiel Dokumentation – Gruppenangebote	62
Abb. 10: Beispiel Instrument zur Erfassung einer Rückmeldung – Einzel- und Paarberatung	66
Abb. 11: Beispiel Instrument zur Erfassung einer Rückmeldung – Gruppenangebot	68
Abb. 12: Vorlage einer Basis-Kooperationsvereinbarung	70

Tabellen

Tab. 1: Übersicht über die Kosten reproduktionsmedizinischer Verfahren.....	16
---	----

I. HINTERGRUND

Dieser Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch basiert auf den Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die im Rahmen des SARA-Modellprojektes „Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch“ gesammelt und erarbeitet wurden. Das vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration geförderte Modellprojekt wurde von der staatlich anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen DONUM VITAE Amberg initiiert und als Kooperationsprojekt zwischen der Beratungsstelle und dem reproduktionsmedizinischen Zentrum am Klinikum St. Marien Amberg konzipiert. Das SARA-Projekt setzte sich zum Ziel, ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für Frauen, Männer und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch zu entwickeln und die Kooperation zwischen medizinischer und psychosozialer Beratung bei Kinderwunsch zu stärken.

Das Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg hat im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration die wissenschaftliche Begleitung übernommen. Für die Projektevaluation wurden sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsmethoden angewandt. Am Kinderwunschzentrum wurden zwischen Oktober 2010 und Juli 2013 alle Erstpatientinnen gebeten, einen Fragebogen zu den persönlichen Erfahrungen im Umgang mit dem Kinderwunsch auszufüllen. Außerdem sind über einen Zeitraum von drei Jahren alle Paar- und Einzelberatungen sowie Gruppenangebote zum Thema Kinderwunsch durch die Beratungsfachkräfte dokumentiert worden. Qualitative Interviews mit verschiedenen Personengruppen, die im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches von besonderer Bedeutung sind, ergänzen diese Falldokumentation. Dabei erfolgte zum einen eine Befragung von Experten aus der Reproduktionsmedizin. Zum anderen wurden Paare gebeten, über den persönlichen Umgang mit ihrem Kinderwunsch und ihren Erfahrungen mit der Reproduktionsmedizin zu berichten. Ferner fand auch eine Befragung von Eltern statt, die sich für die Adoption eines Kindes entschieden haben, so dass auch Entscheidungswege, die eine Alternative zur medizinischen Kinderwunschbehandlung darstellen, erfasst werden konnten.

Während der Projektphase arbeitete die wissenschaftliche Begleitung eng mit der Projektpraxis (Beratungsfachkräfte und medizinische Fachkräfte aus der Reproduktionsmedizin, Gynäkologie und Andrologie) zusammen. Die Projektpraxis wurde regelmäßig über Erhebungsergebnisse informiert und Erfahrungen aus der Beratungsarbeit wurden gemeinsam besprochen. Dies förderte die kontinuierliche

Weiterentwicklung der Bedarfsgerechtigkeit und Niedrigschwelligkeit des Beratungsangebotes. Im Rahmen des SARA-Projektes konnten so Strukturen für gelingende Beratungsarbeit bei Kinderwunsch erarbeitet werden, die in diesem Leitfaden zusammengefasst vorgestellt werden.

I.1 Daten und Fakten

Soziokulturelle Faktoren

Für einen Teil der Frauen und Männer gehört die eigene Familiengründung schon von Kindheitstagen an zu ihrem Lebensentwurf, für andere entsteht der Wunsch nach einem Kind eher prozesshaft im Lebenslauf, zum Beispiel im Kontext der Partnerschaft. Teilweise besteht über einige Jahre eine zunächst gewollte Kinderlosigkeit, die später in eine ungewollte Kinderlosigkeit übergehen kann. Frauen in Deutschland sind bei der Erstgeburt im Durchschnitt 29,2 Jahre alt und immer häufiger wird die Geburt des ersten Kindes im Lebenslauf nach hinten verschoben (vgl. Statistisches Bundesamt 2013: 20). Gleichzeitig scheint ein gesellschaftliches Wissen über die Altersabhängigkeit der Fertilität zu fehlen und ein Machbarkeitsglaube zu dominieren, der davon ausgeht, dass die Angebote der Reproduktionsmedizin die Elternschaft auch für Paare höheren Alters problemlos ermöglichen kann. Deshalb ist der Trend zur Aufschiebung der Geburt besonders beunruhigend. Ein Hinauszögern der ersten Geburt wird dabei vor allem durch folgende soziokulturelle Einflussfaktoren begünstigt:

- **Eine späte ökonomische Selbstständigkeit:** Durch eine Ausweitung der Bildungschancen und eine stärkere Berufsorientierung kommt es zu längeren Ausbildungszeiten. Der Übergang in ein selbstständiges und ökonomisch unabhängiges Erwachsenenleben erfolgt dadurch meist erst relativ spät im Lebenslauf. Fehlt eine langfristig sichere ökonomische Basis, dann mangelt es auch oft an Mut zur Familiengründung. Arbeitsverträge sind häufig befristet und nicht selten erwarten Arbeitgeber eine hohe räumliche und arbeitszeitbedingte Flexibilität. Der Weg zu einem gesicherten Arbeitsplatz ist zeitlich meist sehr aufwändig und ein familienfreundlicher Arbeitsplatz ist nach wie vor keine Norm. Aber gerade gute Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes und die ökonomische Selbstständigkeit sind wichtige Bedingungen für die Realisierung des Kinderwunsches.
- **Späte oder fehlende Partnerbindung:** Fertilitätsentscheidungen werden meist erst in einer etablierten Partnerschaft getroffen, weshalb der Zeitpunkt der Partnerbindung einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidung zur Familiengründung hat. Jedoch leben 31 % der Deutschen im Alter zwischen 25 bis 45 Jahren – also etwa in der Lebensphase, in der eine Familiengründung gut stattfinden könnte – ohne Partner¹ (vgl. Schneider 2010: 27).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form beim Begriff „Partner“ verzichtet. Selbstverständlich sind beide Geschlechter mit einbezogen.

In Deutschland leidet inzwischen mindestens jedes zehnte Paar unter Infertilitätserscheinungen (vgl. Hämmerli / Znoj / Berger 2009: 111).

Ungewollte Kinderlosigkeit und Infertilität

Von Infertilität wird gesprochen, wenn bei regelmäßig ungeschütztem Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Tage über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten keine (bleibende) Schwangerschaft zustande kommt (vgl. Zegers-Hochschild et al. 2009: 1522).

„Mit ungewollter Kinderlosigkeit wird ein Zustand bezeichnet, der durch Leiden an einer Unfruchtbarkeit (auch als Infertilität bzw. Sterilität bezeichnet) gekennzeichnet ist“ (Robert Koch-Institut 2004).

Dabei wurde die ungewollte Kinderlosigkeit bereits 1967 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Krankheit anerkannt (vgl. Robert Koch-Institut 2004).

Unterscheidbar sind dabei eine primäre und eine sekundäre Form der Infertilität. Von primärer Infertilität spricht man, wenn trotz ungeschütztem Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Tage noch nie eine Schwangerschaft eingetreten ist. Bei der sekundären Form handelt es sich um eine Funktionseinschränkung der Fortpflanzung, wobei früher schon einmal eine Schwangerschaft entstanden war. Von sekundärer Infertilität wird deshalb meist dann gesprochen, wenn es sich um einen weiteren Kinderwunsch handelt.

Eine genaue Anzahl der ungewollt kinderlosen Frauen und Männer in Deutschland ist nicht bekannt, jedoch sind nach aktuellen Schätzungen etwa 0,5 bis 1,4 Millionen Paare in Deutschland von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen (vgl. Wischmann 2012: 27).

Inanspruchnahme und Erfolgswahrscheinlichkeiten reproduktionsmedizinischer Angebote

Ein bedeutender Teil der Betroffenen, deren Kinderwunsch sich nicht auf natürlichem Wege erfüllt, nutzt die Angebote der Reproduktionsmedizin.² Jährlich begehen sich in Deutschland ca. 200.000 Paare in reproduktionsmedizinische Behandlung. Neben der Inanspruchnahme von Hormonstimulationen und Inseminationen nutzen viele Paare auch invasive Verfahren der Reproduktionsmedizin.

Im Jahr 2012 hat das deutsche IVF-Register rund 80.000 Behandlungszyklen von invasiven Methoden der künstlichen Befruchtung registriert. Die Erfolgsrate für den

² Weltweit nehmen ca. 56 % aller infertilen Paare medizinische Hilfe in Anspruch; dabei steigt die Rate auf bis zu 80 %, wenn die Kosten der Kinderwunschbehandlung komplett von der Versicherung übernommen werden und die Behandlung einfach zugänglich ist (vgl. Boivin et al. 2007: 1506).

Eintritt einer klinischen Schwangerschaft nach reproduktionsmedizinischen Behandlungen liegt in Deutschland bei ca. 30 %. Die Erfolgsrate für die Geburt eines lebenden Kindes nach reproduktionsmedizinischer Behandlung (Baby-Take-Home-Rate) liegt pro Behandlungszyklus jedoch unter 20 % (vgl. DIR 2012). Von zehn durch In-Vitro-Fertilisation (IVF) gezeugten Embryonen entwickeln sich weniger als einer bis zur Geburt eines Kindes weiter (vgl. Diedrich et al. 2008: 25). Nach drei abgeschlossenen Behandlungszyklen bleiben durchschnittlich immer noch über 50 % der Paare kinderlos (vgl. Wischmann 2012: 90).

Dennoch: In Deutschland wurden seit 2001 mittlerweile über 180.000 Kinder nach reproduktionsmedizinischer Behandlung (IVF und ICSI) geboren (vgl. DIR 2012).

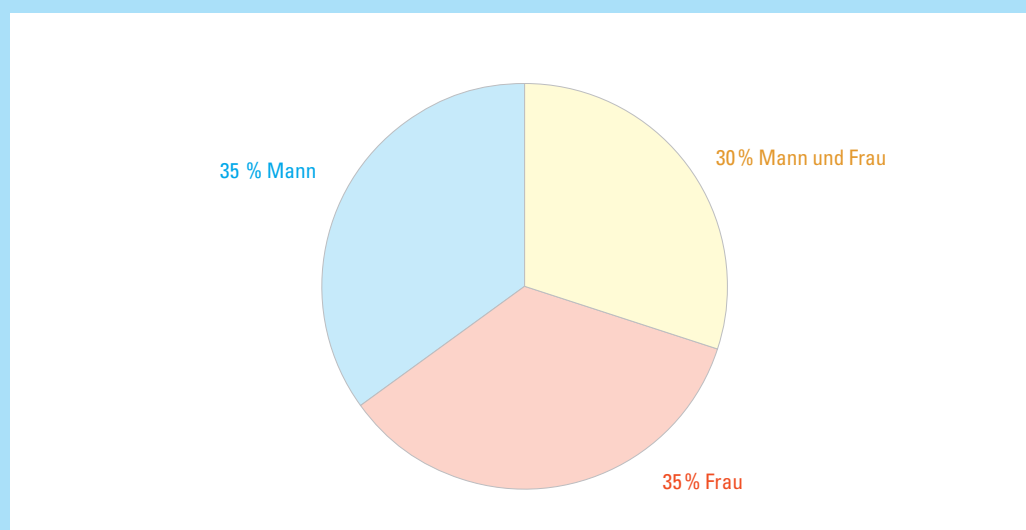
I.2 Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit

Die Ursachen eines unerfüllten Kinderwunsches liegen in der Regel entweder in organischen bzw. körperlichen Fehlfunktionen, Erkrankungen und Störungen oder gründen in einer altersbedingten Abnahme der Fertilität. In wenigen Fällen lässt sich keine Ursache für die Infertilität finden, was dann als idiopathische Infertilität³ bezeichnet wird.

A) Organische bzw. körperliche Störungen

Organische Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit sind zu etwa gleichen Anteilen zwischen den Geschlechtern verteilt, wobei diese bei einem Anteil von bis zu 30 % gleichzeitig bei beiden Partnern vorliegen (vgl. Sütterlin / Hoßmann 2007: 13).

Abb. 1: Verteilung organischer Ursachen



Quelle: Eigene Darstellung nach Sütterlin / Hoßmann 2007: 13

³ Dabei bedeutet idiopathisch nicht, dass keine somatischen Ursachen vorhanden sind, sondern lediglich, dass mit den verfügbaren Diagnoseverfahren keine somatischen Ursachen festgestellt werden konnten.

Folgende organische bzw. körperliche Funktionsstörungen bzw. Erkrankungen werden als Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit beschrieben (vgl.: BRZ 2013, Spitzer 2001; Thorn 2010).

Bei der Frau:

- Störungen des Hormonhaushaltes (z. B. gestörte Schilddrüsenfunktion, gestörter Insulinstoffwechsel, Hyperprolaktinämie)
- Fehlende, verschlossene, unbewegliche oder funktionsuntüchtige Eileiter
- Störungen in der Eireifung
- Endometriose (Wucherung der Gebärmutterschleimhaut) und Mukusstörungen
- Entzündungen
- Infektionsbedingte Sterilität (so gibt es z. B. 300.000 Neuerkrankungen / Jahr an Chlamydieninfektionen [vgl. Gille et al. 2011: 104])
- Andere organische Ursachen, wie z. B. Gebärmutter- oder Scheidenfehlbildungen

Beim Mann:

- Eingeschränkte Spermienqualität (eingeschränkte Anzahl und Beweglichkeit, Formveränderungen, verminderte Funktionstüchtigkeit)
- Fehlbildungen oder eingeschränkte Funktion der Hoden (z. B. durch Hodenhochstand im Kindesalter, Krampfadern am Hoden)
- Bakterielle Verunreinigung des Spermas, Entzündungen
- Verschlossene bzw. in ihrer Wirkungsweise eingeschränkte Samenwege
- Hormonelle Ursachen (z. B. im Rahmen eines Klinefelter-Syndroms)

Darüber hinaus können Störungen der Interaktion oder der Verträglichkeit zwischen den Geschlechtspartnern auftreten:

- Beim Eindringen der Spermien in den Mukus
- Beim Eindringen einer Samenzelle in die Eizelle
- Immunologische Abwehrreaktionen gegen eigene Gameten oder die Samenzellen des Partners
- Sexuelle Störungen bzw. psychisch bedingte sexuelle Störungen

Liegen Störungen in der Embryonalentwicklung vor, kann es wiederholt zu Fehlgeburten kommen.

Neben schwerwiegenden Erkrankungen (z. B. chronische Erkrankungen, Krebs) können auch Lebensstilfaktoren die Erfüllung eines Kinderwunsches behindern:

- Fertilitätseinschränkungen durch z. B. Magersucht, Bulimie oder Adipositas
- Folgen von starkem Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum, ungesunder Ernährung
- Zu viel körperliche Aktivität (z. B. Leistungssport, Trainingssucht)
- Regelmäßiger Kontakt mit Umweltgiften

B) Altersbedingte Abnahme der Fertilität

Die natürliche Fruchtbarkeit der Frau nimmt mit zunehmendem Alter ab. Die Phase der höchsten Fruchtbarkeit der Frau liegt im Alter zwischen 20 und 25 Jahren und sinkt danach relativ schnell (vgl. Homan et al. 2007; Spitzer 2001: 37). Da sich ein Großteil der Paare heutzutage meist erst jenseits der 30 für den Familiennachwuchs entscheidet, kommt es immer häufiger zu altersbedingten Infertilitätserscheinungen. Etwa jede vierte Schwangere ist mindestens 35 Jahre alt (vgl. Peuckert 2012: 192) und es gibt immer mehr Frauen, die sich für die Familiengründung und damit für eine Erstgeburt erst im Alter von über 30 Jahren entscheiden (vgl. Statistisches Bundesamt 2013: 20).

Dabei ist zu beachten, dass es durch die Aufschiebung der ersten Geburt auch zu einer geringeren Anzahl weiterer Geburten kommen kann, da die biologisch fruchtbare Phase der Frau nach einem späten ersten Kind nur noch wenig Spielraum für die Realisierung weiterer Kinderwünsche beinhaltet. Außerdem kann die Aufschiebung der ersten Geburt unter Umständen dazu führen, dass Frauen dauerhaft kinderlos bleiben. Nach Angaben des Mikrozensus war 2012 jede fünfte Frau (22 %) im Alter zwischen 40 und 44 Jahren kinderlos (Statistisches Bundesamt 2013: 31).

I.3 Angebote der Reproduktionsmedizin

Im Rahmen der Reproduktionsmedizin werden verschiedene medizinische Verfahren angeboten, um einer ungewollten Kinderlosigkeit entgegenzuwirken. Neben der hormonellen Behandlung, die sich zum Beispiel nur auf die Stimulation der Eizellreifung beziehen kann, sind es vor allem die Verfahren der künstlichen Befruchtung, die eine bedeutende Stellung in der modernen Reproduktionsmedizin einnehmen.

Abhängig vom Befund der medizinischen Diagnostik stehen neben der alleinigen Hormonstimulation folgende Verfahren der Reproduktionsmedizin zur Verfügung:

- **Intrauterine Insemination (IU):** Die Insemination ist ein reproduktionsmedizinisches Verfahren, bei dem Spermien des Partners (homologe Insemination) oder Spermien eines Samenspenders (heterologe oder auch donogene Insemination) mittels einer Kanüle direkt in die Gebärmutter der Frau platziert werden.
- **In-Vitro-Fertilisation (IVF):** Die In-Vitro-Fertilisation wird vor allem dann angewandt, wenn Inseminationsversuche erfolglos bleiben, ein Verschluss oder ein Fehlen der weiblichen Eileiter vorliegt, eine verminderte Zeugungsfähigkeit des Mannes oder eine immunologische Sterilität der Frau festgestellt wurden. Das Verfahren beinhaltet eine medizinisch kontrollierte Hormonstimulation der weiblichen Eierstöcke mit Entnahme reifer Eizellen sowie die Aufbereitung der männlichen Samenflüssigkeit. Die Eizelle wird zusammen mit den Spermien in einer Nährflüssigkeit im Reagenzglas bebrütet. Die Befruchtung findet außerhalb des Körpers als eine spontane Befruchtung statt. Nach einer erfolgreichen Verschmelzung und Zellteilung dürfen bis zu maximal drei Embryonen (vgl. § 1 ESchG) in die Gebärmutter zurückgeführt werden.
- **Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):** Seit Anfang der 1990er Jahre wird die IVF durch die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ergänzt. Im Rahmen der ICSI erfolgt die Behandlung ähnlich wie bei einer IVF, nur dass darüber hinaus eine ausgewählte Samenzelle mit Hilfe einer sehr feinen Nadel direkt in die Eizelle injiziert wird. Dieses Verfahren kommt insbesondere dann zum Einsatz, wenn eine selbstständige, spontane Befruchtung der Eizelle aufgrund einer männlichen Subfertilität, zum Beispiel bei einer eingeschränkten Beweglichkeit oder stark verminderter Anzahl der Samenzellen, nicht möglich ist.
- **IVF oder ICSI im natürlichen Zyklus (Natural-Cycle IVF / ICSI):** Bei IVF oder ICSI im natürlichen Zyklus wird auf die Hormonstimulation verzichtet. Die Eizellentnahme erfolgt im natürlichen Zyklus, wobei meist nur eine Eizelle entnommen werden kann.
- **Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT):** Beim sogenannten „Gamete Intrafallopian Transfer“ werden entnommene Eizellen zusammen mit der aufbereiteten Samenflüssigkeit in die Eileiter zurückgegeben, so dass die Fertilisation im Körper der Frau (in vivo) erfolgt. Allerdings wird dieses Verfahren heutzutage kaum mehr angewendet.

Ergänzende Verfahren

- Ergänzend zur künstlichen Befruchtung können mit Hilfe der **Kryokonservierung** unbefruchtete oder befruchtete Eizellen im Vorkernstadium, Eierstockgewebe, Embryonen, Spermienejakulat oder Hodengewebe in flüssigem Stickstoff eingefroren werden. Dieses Verfahren wird zum einen dann angewendet, wenn im

Kontext von Fruchtbarkeitsgefährdenden Erkrankungen oder medizinischen Behandlungen (z. B. bei Chemo- oder Strahlentherapie) ein Verlust der Fruchtbarkeit zu befürchten ist. Durch die Kryokonservierung von Gameten oder Gewebe kann eine Fruchtbarkeitsreserve angelegt werden, auf die nach der Gesundung der betroffenen Frau bzw. des betroffenen Mannes zurückgegriffen werden kann. Zum anderen können mit Hilfe der Kryokonservierung während einer Fruchtbarkeitsbehandlung überschüssige befruchtete Eizellen oder Embryonen konserviert werden. Wenn mehr als drei Eizellen erfolgreich befruchtet wurden oder der Embryotransfer nicht zum geplanten Zeitpunkt erfolgen konnte, können diese mit Hilfe der Kryokonservierung für einen weiteren Behandlungsversuch erhalten bleiben, um eine Schwangerschaft bei der Frau, von der die Eizellen stammen, herbeizuführen. Eine wiederholte Hormonstimulation und Punktion der Eierstöcke kann dabei vermieden werden.⁴

- Als „**Assisted hatching**“ wird das Einritzen (z. B. mit einem Laser) der Umhüllung des frühen Embryos bezeichnet, das dem Embryo erleichtern soll, seine Schutzhülle zu verlassen. Zum Zeitpunkt des Blastozystenstadiums (ca. 5. bis 6. Tag nach der Befruchtung der Eizelle) verlässt der Embryo normalerweise seine Schutzhülle, um sich in der Gebärmutter einzunisten. Das Anritzen dieser Schutzhülle soll als „Schlüpfhilfe“ die Chance auf eine Einnistung in der Gebärmutter erhöhen.
- Sind im Ejakulat des Mannes keine Spermien enthalten (Azoospermie), kann mittels einer ambulanten Operation versucht werden, Spermien aus dem Hoden (**TESE: testikuläre Spermienextraktion**) oder Nebenhoden (**MESA: mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration**) zu gewinnen. Diese werden dann in der Regel kryokonserviert und im Rahmen einer künstlichen Befruchtung eingesetzt.
- In besonderen Fällen kann im Rahmen einer **Präimplantationsdiagnostik (PID)** eine genetische Diagnostik an Frühstembryonen durchgeführt werden. Die PID ist in Deutschland zwar grundsätzlich untersagt, darf aber dann durchgeführt werden, wenn diese dazu dient, eine schwerwiegende Erbkrankheit bzw. eine Fehl- bzw. Totgeburt aufgrund einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos zu verhindern. Dabei muss die PID zu einem Zeitpunkt nach der Befruchtung, aber vor der Implantation in die Gebärmutter stattfinden, weshalb sie nur im Rahmen einer künstlichen, extrakorporalen Befruchtung durchführbar ist.

Verboten in Deutschland sind bisher die **Spende von Eizellen** sowie die **Leihmutterschaft**. Gesetzlich nicht klar geregelt ist die **Embryonenspende**. Zwar wird die Embryonenspende durch das Embryonenschutzgesetz insofern untersagt, dass keine Eizelle künstlich befruchtet werden darf, wenn dies nicht der Herbeiführung

⁴ Abzugrenzen sind die Motive dieser beiden Anlässe für eine Kryokonservierung vom sogenannten „social freezing“, welches im Kontext von Lebensstilfaktoren zum Thema wird; z. B. das Anlegen einer Eizellreserve in jungen Jahren, um sich ganz bewusst die Option einer späten Elternschaft offen zu lassen.

einer Schwangerschaft bei der Frau dient, von der die Eizelle stammt (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Allerdings gibt es kein Verbot der Spende „überzähliger“ Embryonen, für welche die Embryonenspende die einzige Möglichkeit bietet, den Embryo vor dem Absterben zu bewahren. Klare gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Dokumentationspflicht der Spender und Empfänger sowie zum Auskunftsrecht des Kindes fehlen. Seit August 2013 besteht in Deutschland das Netzwerk Embryonenspende e.V., welches sich zum Ziel gesetzt hat, die Vermittlung von zur Spende freigegebenen befruchteten Eizellen bzw. Embryonen an ungewollt kinderlose Paare zu fördern.⁵

In Zukunft ist damit zu rechnen, dass die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen zunimmt. Zum einen aufgrund des Anstieges des Alters, in dem Frauen und Männer heutzutage eine feste Partnerschaft und eine erste Schwangerschaft anstreben, wodurch die natürlich-biologische Fertilität altersbedingt abnimmt. Zum anderen deshalb, weil sich die Reproduktionsmedizin inzwischen etabliert hat und Vorbehalte gegen die Nutzung reproduktionsmedizinischer Assistenz abnehmen.

I.4 Kosten reproduktionsmedizinischer Behandlungen

Die Kosten zur Diagnostik eines unerfüllten Kinderwunsches werden von allen Krankenkassen vollständig übernommen. Aber sowohl die Kosten der individuellen Verfahren als auch das Spektrum der Kostenübernahme durch die Krankenkassen sowie die Finanzierungssituation auf Länderebene variieren stark. Die Kosten der Verfahren hängen immer vom individuellen Verlauf der Behandlung ab, da ein Großteil der Kosten für Hormonpräparate anfällt. Je nach hormoneller Ausgangslage der Frau unterscheiden sich diese in ihrer Art und Dosierung, wodurch individuell unterschiedliche Kosten entstehen. Die Anspruchsvoraussetzungen sowie der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen wird zwar als Mindestleistung einheitlich in § 27a SGB V geregelt, jedoch können die einzelnen Kassen auf Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V ihre Leistungen auch ausweiten. So übernehmen manche gesetzlichen Kassen auch mehr als die vorgeschriebenen 50 % der Kosten.

Ein fester gesetzlicher Leistungsanspruch besteht für die **Hälfte der Behandlungskosten**, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- Ärztliche Feststellung der Unfruchtbarkeit
- Attestierte Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung
- Ausschließliche Verwendung von Ei- und Samenzellen der Ehepartner
- Vorherige medizinische wie psychosoziale Beratung

⁵ vgl. Netzwerk Embryonenspende: <http://www.netzwerk-embryonenspende.de/index.html> (Stand: 05.03.14).

- Das Paar muss verheiratet sein
- Kein Partner darf jünger als 25, die Frau nicht älter als 40 und der Mann nicht älter als 50 Jahre sein
- Die Behandlung muss in einer dafür zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden

Wurde die Maßnahme drei Mal erfolglos durchgeführt, besteht kein weiterer Leistungsanspruch. Bei einer Insemination ohne Hormonstimulation übernehmen die Kassen in der Regel die Hälfte der Kosten für bis zu acht Versuche.

Private Krankenversicherungen unterscheiden sich in ihrem Leistungsangebot meist von den gesetzlichen Kassen und übernehmen oft die kompletten Kosten der Behandlung. Allerdings gilt für diese das „Verursacherprinzip“. Dies bedeutet, dass die Versicherung desjenigen Partners die anfallenden Behandlungskosten übernimmt, bei dem eine Beeinträchtigung der Fertilität diagnostiziert wurde. Ist der sogenannte „Verursacher“ nicht privat versichert, werden auch dann keine Behandlungskosten durch den privaten Versicherungsträger übernommen, wenn die Behandlung am Körper des privat Versicherten erfolgt.

Die Bundesregierung Deutschland (BMFSFJ) forciert im Rahmen ihrer Förderrichtlinie „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“, die zum 1. April 2012 in Kraft getreten ist, dass eine zusätzliche finanzielle Förderung von 25 % der Behandlungskosten für ein bis vier IVF- oder ICSI-Behandlungszyklen stattfinden kann, insofern sich das Hauptwohnsitzbundesland finanziell mindestens in gleicher Höhe wie der Bund beteiligt (vgl. Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion). Dadurch können die Kosten für die betroffenen Paare auf 25 % der gesamten Behandlungskosten gesenkt werden. Zurzeit beteiligen sich folgende Bundesländer an diesem Programm: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (Stand Februar 2014).

Die Erstellung einer genauen Übersicht zu den Kosten der reproduktionsmedizinischen Verfahren ist aufgrund der verschiedenen Finanzierungsregelungen schwierig. Einen Anhaltspunkt bietet dazu die folgende Aufstellung:

Tab. 1: Übersicht über die Kosten reproduktionsmedizinischer Verfahren

Verfahren	Versichertenstatus	
	50 % Eigenanteil bei Kassenpatient mit Genehmigung, inkl. Medikation	100 % Privatzahler / einfacher Satz (ggf. bis zu 2,3-fache Steigerungssätze) inkl. Medikation
Insemination (ohne Stimulation)	ca. 100 – 150 €	ca. 250 – 350 €
Insemination (mit Stimulation)	ca. 250 – 600 €	ca. 700 – 1200 €
Insemination mit Spendersamen (mit Stimulation)	—	ca. 600 € plus Spendersamenkosten (ca. 500 € pro Straw / Portion)
IVF-Zyklus	ca. 1600 – 3500 €	3800 – 5000 €
ICSI-Zyklus	ca. 1900 – 4000 €	ca. 5000 – 7000 €
Kryokonservierung (Aufbereitung + ½ Jahr Lagerung)	—	ca. 500 €
Kryokonservierung (Lagerungskosten / Jahr)	—	ca. 250 – 500 €
Assisted Hatching	—	ca. 160 – 250 €

Quelle: nach Information des Kinderwunschzentrums Amberg

I.5 Gesetzliche Regelungen, Richt- und Leitlinien

Im Folgenden werden wichtige gesetzliche Regelungen aufgezeigt sowie bedeutende Richt- und Leitlinien angesprochen. Nähere Information zu diesen können den jeweiligen Internet- und Publikationshinweisen unter Punkt III (Hilfreiche Materialien und Informationen) entnommen werden.

Neben den Regelungen zur Kostenübernahme im SGB V werden Fragestellungen der Reproduktionsmedizin in Deutschland im Rahmen verschiedener Gesetze geregelt. Ein eigenständiges Gesetz zur Fortpflanzungsmedizin gibt es in Deutschland bisher noch nicht.

Gesetzliche Regelungen finden sich zum Beispiel im **Embryonenschutz-**, **Gewebe-** und **Arzneimittelgesetz** sowie dem **Stammzell-** und **Transplantationsgesetz**, dem **Gesetz zur Präimplantationsdiagnostik** und dem **Strafgesetzbuch**.

Ein Großteil der Regelungen steht im Embryonenschutzgesetz geschrieben. Wichtige Aspekte sind dabei:

Embryonenschutzgesetz (ESchG)

- Verbot der Eizellspende und Leihmutterschaft (ESchG § 1)
- Verbot einer geplanten Vorratshaltung an Embryonen (ESchG § 1)

- Verbot einer zielgerichteten Erzeugung von überzähligen Embryonen (ESchG § 1)
- Regelung zur maximalen Anzahl beim Embryonentransfer: Es dürfen während eines Behandlungszyklus maximal drei Embryonen übertragen werden. (ESchG § 1)
- Verbot der Erzeugung und Verwendung von Embryonen zu fremdnützigen Zwecken (ESchG § 2)
- Verbot der Geschlechtswahl (ESchG § 3)
- Verbot der künstlichen Befruchtung ohne Einwilligung der Gametenspender sowie nach dem Tod eines Gametenspenders (ESchG § 4)
- Verbot der künstlichen Erzeugung von Chimären oder Hybriden (ESchG § 7)
- Verbot des reproduktiven Klonens (ESchG § 6)
- Regelung zum Arztvorbehalt der künstlichen Befruchtung, des Embryotransfers und der Kryokonservierung (ESchG § 9)

Im November 2011 wurde das **Embryonenschutzgesetz** um das **Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik** ergänzt (§ 3a ESchG). Obwohl die Durchführung einer PID in Deutschland grundsätzlich untersagt ist (§ 3a Absatz 1 ESchG), darf unter bestimmten Voraussetzungen eine Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden, wenn diese dazu dient, eine schwerwiegende Erbkrankheit bzw. eine Fehl- bzw. Totgeburt aufgrund einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos zu verhindern (§ 3a Absatz 2 ESchG).

Hinsichtlich der Bereitstellung einer Beratung bei Kinderwunsch an den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen bilden vor allem das **Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten** (SchKG), das **Bayerische Schwangerenberatungsgesetz** (BaySchwBerG) sowie das **Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz** (KKG) eine rechtliche Grundlage.

Nach § 2 SchKG (1) haben jede Frau und jeder Mann das Recht, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür spezialisierten Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen. Die Prävention, Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit rund um Fragen der Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung, Empfängnis und Schwangerschaft wird im Bayerischen Schwangerenberatungsgesetz (BaySchwBerG Art. 5) als Aufgabe der Beratungsstellen beschrieben. Darüber hinaus sollen Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und dem § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz zur Sicherstellung einer umfassenden Beratung in Netzwerken mit anderen relevanten Einrichtungen zusammenwirken (§ 4 SchKG).

(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer

Neben den gesetzlichen Regelungen hat die Bundesärztekammer eine (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Novelle 2006) verfasst, welche eine zusätzliche Orientierungshilfe für die reproduktionsmedizinischen Ärztinnen und Ärzte darstellen soll,

„weil sie neben der Zusammenfassung von medizinischen Indikationen und Kontraindikationen für die verschiedenen Behandlungsverfahren auch die strukturellen sowie ablauf- und ergebnisorientierten Anforderungen praxisorientiert darlegt“ [(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion 2006].

In den Richtlinien werden ausführlich Inhalte beschrieben, welche die ärztliche Information und Beratung betreffen:

„Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffes, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden“ (ebd.).

Dabei wird auch auf die psychosozialen Aspekte eingegangen:

„Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)*
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung*
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität*
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg*
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung*
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)*
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen“*

(ebd.).

Die Nichtbeachtung der Richtlinien kann berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen. Allerdings gelten diese Richtlinien nur in jenen Ländern, in welchen die jeweiligen Landesärztekammern diese übernommen haben. In Bayern wurde diese Richtlinie nicht vollständig übernommen, sondern als „antizipiertes Sachverständigengutachten“ bewertet (vgl. Kupka 2004: 25).

Richtlinien des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID)

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. hat verschiedene Leit- bzw. Richtlinien zu Themen der Kinderwunschberatung entwickelt.

- Richtlinie „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“
- Leitlinie für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende
- Leitlinie „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“

Die Leitlinien enthalten wertvolle Informationen für den Ausbau und die Gestaltung der psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch. Sie *„dienen der fachlichen Orientierung und empfehlen konkrete Fragestellungen, die in der Beratung thematisiert werden können“* (Thorn 2012: 12).

Alle Leitlinien des BKID können unter www.bkid.de abgerufen werden.

Leitlinie: Diagnostik und Therapie beim wiederholten Spontanabort

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und die Arbeitsgemeinschaft Immunologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe (AGIM) hat Leitlinien zur Diagnostik und Therapie beim wiederholten Spontanabort entwickelt, welche die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Begleitung von betroffenen Frauen und Paaren unterstützen sollen. Darin wird wiederholt auch auf psychologische Faktoren und den Unterstützungsbedarf von Frauen und Paaren mit Spontanaborten im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlungen eingegangen.

I.6 Zentrale Belastungen der Betroffenen

Auch wenn auf einen zunächst unerfüllten Kinderwunsch nicht immer eine dauerhafte Kinderlosigkeit folgt, geht ein unerfüllter Kinderwunsch fast immer mit seelischen Leiden und psychosozialen Belastungen einher. Wenn sich ein Kinderwunsch über einen längeren Zeitraum nicht erfüllt, erleben viele Frauen und Männer eine starke persönliche Verunsicherung und fühlen sich emotional oft stark belastet.

Ein bedeutender Anteil ungewollt kinderloser Paare wendet sich zur Erfüllung seines Kinderwunsches an die Angebote der Reproduktionsmedizin. Sie hoffen, dass

sie sich mit medizinischer Hilfe ihren Kinderwunsch erfüllen können. Dabei sind die reproduktionsmedizinischen Behandlungen für die betroffenen Frauen und Männer meist sowohl zeitlich und finanziell als auch emotional sehr aufwändig. Häufig bedarf es dabei mehrerer medizinischer Eingriffe, die nicht immer erfolgreich sind. Oft kann also trotz reproduktionsmedizinischer Unterstützung keine Schwangerschaft herbeigeführt werden oder entstandene Schwangerschaften nicht bis zur Geburt eines lebensfähigen Kindes erhalten bleiben. So können im Verlauf (erfolgloser) medizinischer Kinderwunschbehandlungen prekäre emotionale Notlagen im Erleben der Betroffenen auftreten.

Hinzu kommt, dass die Frauen und Männer ihre Belastungen oft nicht kommunikativ verarbeiten können, da Fruchtbarkeitsstörungen und die Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen in den sozialen Netzwerken eher tabuisiert und mit Scham besetzt sind. Als Folge der hohen emotionalen Belastung im Kontext von Kinderwunschbehandlungen nimmt die Hälfte aller Paare trotz unerfülltem Kinderwunsch nicht alle berechtigungsfähigen Behandlungszyklen in Anspruch (vgl. Wischmann 2008: 53; Revermann / Hüsing 2010: 151).

Der unerfüllte Kinderwunsch birgt somit großes Krisenpotential in sich und häufig fehlen geeignete Bewältigungsressourcen oder die persönlichen Copingstrategien sind überfordert. Dies hängt eng damit zusammen, dass die Techniken der Reproduktionsmedizin noch relativ neu sind und es für die Betroffenen kaum Vorbilder gibt, an denen sie sich orientieren können. Gleichzeitig bestehen aber nach wie vor gesellschaftliche Tabuisierungsprozesse, die einer öffentlichen Ansprache der Probleme einer ungewollten Kinderlosigkeit hemmend entgegenwirken.

Von den Betroffenen werden die Belastungen im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches häufig gleichgesetzt mit Belastungen, wie sie bei einer schweren Erkrankung oder beim Verlust eines nahen Angehörigen entstehen.

Beispiele:

„Es ist so eine Grenzsituation für mich gewesen in meinem Leben, wie es vergleichbar, könnte ich jetzt keine sagen. Außer dass ich sage, ich hätte jetzt wirklich eine lebensbedrohliche Krankheit – das sind einfach Sachen, die man sich nicht vorstellen kann. Und bis heute sehe ich das so, man kann es niemandem vermitteln.“ (W-0107:47)

„Ich glaube, ganz viele Menschen, ob jetzt in so einer Praxis, oder auch woanders, können überhaupt nicht nachvollziehen, wie gravierend so eine Situation für jemanden ist, für einen Betroffenen. Da geht's ja nicht irgendwie drum, dass man sich kein Haus kaufen kann, oder kein Auto. Sondern, dass der gesamte Lebensentwurf möglicherweise über Bord

geht. Dass man nicht weiß, ob man eine Familie haben kann. Und das ist nichts Materielles, wo man drüber hinweg kommt. Das ist eine Lebensentscheidung, ob jemand, der Kinder haben möchte, keine Kinder haben kann.“ (W-0707:20)

Im Rahmen des Modellprojektes konnten folgende Themen als zentrale Belastungen der betroffenen Paare herausgearbeitet werden:

- **Sich wiederholende Krisensituationen:** Besonders krisenhaft werden die Wartezeiten im Behandlungsprozess erlebt. So z. B. die Wartezeit darauf, ob sich ausreichend Eizellen für die Punktion entwickeln, ob sich die entnommenen Eizellen befruchten lassen oder ob sich die befruchteten Eizellen weiterentwickeln, bis hin zur Wartezeit nach dem Embryotransfer, in welcher sich herausstellt, ob sich eine (bleibende) Schwangerschaft einstellt. Die Phase nach dem Embryotransfer wird dabei als besonders belastend erfahren. Eine reproduktionsmedizinische Behandlung beinhaltet eine Vielzahl von Momenten, in denen der Behandlungsprozess ins Stocken geraten kann oder als erfolglos abgebrochen werden muss. Die Frauen und Männer investieren große Anstrengungen in einen Behandlungszyklus, der immer mit viel Hoffnung auf eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes verbunden ist. Müssen Behandlungen frühzeitig abgebrochen werden oder bleiben sie erfolglos, wird dies als besonders schmerzhaft erfahren. Die Gefahr, in eine emotional depressive Negativspirale zu geraten, entsteht vor allem dann, wenn solche Misserfolge wiederholt verarbeitet werden müssen (vgl. Dorn 2010). Besonders traumatisch werden Situationen erlebt, in denen es nach dem Zustandekommen einer Schwangerschaft zu einer Fehl- oder Totgeburt kommt. Solche Situationen treten im Kontext reproduktionsmedizinischer Behandlungen jedoch relativ häufig ein, da selbst dann, wenn die Behandlung bis zur Implantation eines Embryos erfolgreich verlaufen ist, sich 15 - 25 % der durch IVF gezeugten Embryonen nicht bis zur Geburt eines Kindes weiterentwickeln (vgl. Diedrich et al. 2008: 24).
- **Umgang mit dem Kinderwunsch in der Partnerschaft:** Nicht immer ist der Kinderwunsch zwischen den Partnern gleich stark ausgeprägt, was zu Ambivalenzen und Belastungen in der Partnerschaft führen kann. Manchmal übernimmt einer der Partner eine Schutzfunktion für den anderen und nicht immer werden die eigenen Gefühle und Anliegen offen kommuniziert. Dadurch werden gegenseitige Fehleinschätzungen und Missverständnisse begünstigt. Aber auch der auf das Kind fokussierte Geschlechtsverkehr nach Terminplan kann zu einer großen Belastung für das Paar werden, vor allem dann, wenn der Kinderwunsch über mehrere Jahre unerfüllt bleibt. Ferner kann auch der unterschiedliche Umgang mit Belastungen zwischen den Partnern zu Missverständnissen und Partner-

schaftskrisen führen. Gleichzeitig läuft die Paarkommunikation Gefahr, auf das Thema Kinderwunsch reduziert zu werden.

- **Umgang mit Schuldgefühlen:** Die Unfähigkeit, ein Kind zu zeugen oder auszutragen, wird als ein schwerer persönlicher Makel erlebt. Für die Paare stellt sich immer wieder die Frage nach der Ursache der Kinderlosigkeit. Mögliche Ursachen werden in der eigenen Vergangenheit oder dem Lebensstil sowie der Lebensweise des Partners gesucht. Ist die Ursache bekannt und liegt sie bei einem Partner allein, besteht die Gefahr, dass dieser intensive Schuldgefühle entwickelt und sich als Verursacher der leidvollen Situation erlebt. Dabei kann auch die Partnerschaft selbst in Frage gestellt werden.
- **Treffen von schwierigen Entscheidungen:** Die Paare müssen eine Vielzahl von Entscheidungen treffen, die nicht alltäglich sind und für die es meist keine Orientierungsmodelle im sozialen Netzwerk gibt. So muss zum Beispiel über die Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung, die Art und Anzahl der Versuche sowie eventuell über den Einbezug einer Gametenspende entschieden werden. In vielen Fällen muss irgendwann auch ohne Erfüllung des Kinderwunsches der Zeitpunkt für den Abschluss der Behandlungen bestimmt werden. Auch Aktivitäten in Bezug auf einen Adoptions- oder Pflegekinderantrag müssen eventuell bedacht werden. Solche Entscheidungen sollten idealerweise von beiden Partnern gemeinsam getroffen werden, was nicht immer übereinstimmend möglich ist. Entscheidungsprozesse werden vor allem dann zu einer großen Herausforderung, wenn die Überzeugungen und Haltungen zwischen den Partnern nicht deckungsgleich sind oder nicht offen kommuniziert werden.
- **Umgang mit anderen Schwangeren und Familien mit Kindern:** Eine weitere große Belastung ist für viele Kinderwunschpaare der Umgang mit anderen Schwangeren oder Familien mit Kindern. Die Begegnung mit anderen Schwangeren wird häufig vor allem von den Frauen als sehr schmerzhaft erfahren und zum Teil können sie mit der Freude über den Familiennachwuchs anderer nur schlecht umgehen.
- **Das Thema Kinderwunsch in der Familie und im Freundeskreis:** Wird das Thema Kinderwunsch in der weiteren Familie offen angesprochen, fühlen sich die Betroffenen oft nicht gut verstanden oder mit Ratschlägen abgespeist, die ihnen nicht hilfreich sind [so zum Beispiel Aussagen wie folgende: „Jetzt mal ein paar Vitamine und gehts mal in Urlaub oder arbeitet etwas weniger, dann wird's schon was.“ (W1-M-2907:72)]. Häufig wird das Thema Kinderwunsch auch in der eigenen Familie lange Zeit gar nicht angesprochen oder auch dauerhaft verschwiegen. Manchmal äußern Eltern oder Schwiegereltern Erwartungen in Richtung eines Enkelkinds oder Verwandte und Bekannte kommentieren die Kinderlosigkeit des Paares, wodurch zusätzliche Belastungen für das betroffene Paar entstehen

können. Neben dem Paar fühlen sich bei einer ungewollten Kinderlosigkeit oft auch die eigenen Familienangehörigen und der Freundeskreis hilflos.

- **Das Thema Kinderwunsch am Arbeitsplatz:** Belastend kann auch der Umgang mit dem Kinderwunsch am Arbeitsplatz sein. Zum einen entstehen während reproduktionsmedizinischer Behandlungen vor allem für die Frauen Abwesenheitszeiten am Arbeitsplatz, für welche die wahren Gründe meist nicht offengelegt werden (können). Beim Thema Kinderwunsch handelt es sich um eine sehr intime Angelegenheit, die nicht immer offen kommuniziert werden kann. Manchmal befürchten Frauen auch negative Folgen für ihre Arbeitsplatzsicherheit, falls der Kinderwunsch bekannt werden sollte. Zum anderen können auch freundlich gemeinte Nachfragen zum Familiennachwuchs von Kollegen und Kolleginnen zu einer Belastung werden. Darüber hinaus sehen sich ungewollt Kinderlose auch immer wieder mit stigmatisierenden Äußerungen konfrontiert, die ihnen das Gefühl geben, sich für ihre Kinderlosigkeit rechtfertigen zu müssen. Durch die Geheimhaltung des Kinderwunsches können schwierige Situationen im Arbeitsalltag entstehen.

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann für die Betroffenen stark belastende Auswirkungen haben, die weit über das Problem der Kinderlosigkeit hinausreichen. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte:

- Infragestellung des eigenen Lebensentwurfes
- Anzweifeln der Partnerschaft
- Vertrauensverlust in die eigene Weiblichkeit bzw. Männlichkeit
- Kränkung des Selbstentwurfs bzw. des Selbstbildes
- Soziale Folgen der Kinderlosigkeit wie z. B. Isolation aus dem Freundeskreis, Vermeidung von Kontakten mit Familien mit Kindern, Konflikte im Umgang mit Anfragen hinsichtlich des Kinderwunsches aus dem sozialen Umfeld.

Viele dieser Belastungen entstehen unabhängig davon, ob eine medizinische Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen wird oder nicht. Dennoch kommt hinzu, dass die Erfolgsaussichten der Reproduktionsmedizin von den betroffenen Paaren häufig, trotz ärztlicher Information und Aufklärung, überschätzt werden, wodurch zusätzliche Belastungen entstehen können. Deshalb ist eine intensive und wiederholende Information und Aufklärung zu den Erfolgsaussichten der reproduktionsmedizinischen Angebote dringend erforderlich.

I.7 Beratungsbedarf

Grundsätzlich kann über den Bedarf einer psychosozialen Beratung im Kontext des Kinderwunsches gelten, was im folgenden Zitat von Nestmann zum Ausdruck kommt:

„Die Anforderungen der Moderne an die Menschen, ihren Alltag zu bewältigen, ihre Beziehungen zu gestalten, ihr Leben zu managen und ihre Probleme zu meistern, wachsen und professionelle psychosoziale Beratung wird bedeutsamer, wo alltägliche Bewältigungsressourcen fehlen oder überfordert sind“ (Nestmann 2004: 725).

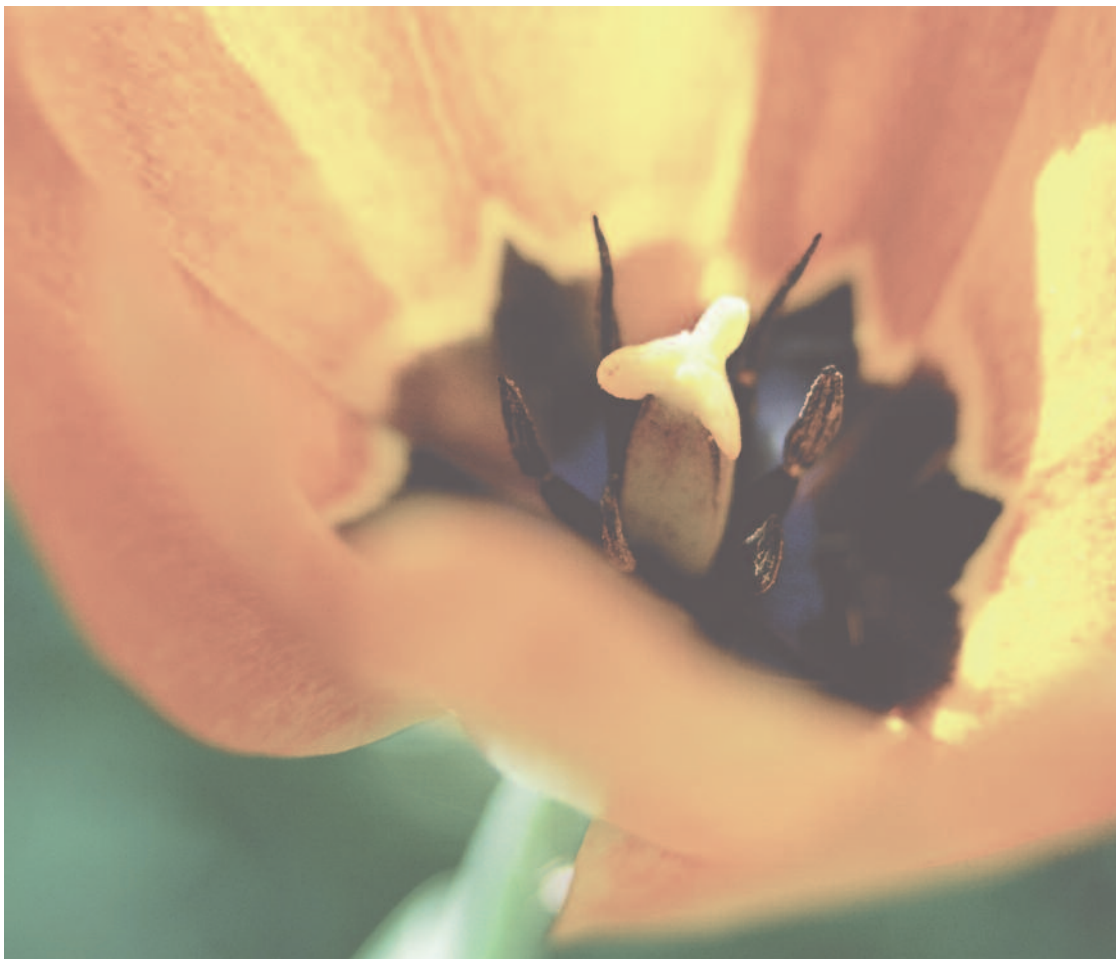
Im Kontext moderner Individualisierungsprozesse findet ein Wandel von der „Normalbiografie“ zur „Wahlbiografie“ statt. Darin enthalten sind allerdings nicht nur gestalterische Chancen und Möglichkeiten für einen individuellen Lebensentwurf, sondern auch der Wegfall von gesellschaftlichen Normen und Werten, die eine Orientierung für den eigenen Lebensentwurf ermöglichen (vgl. Beck / Beck-Gernsheim 1994). Darüber hinaus kann die Wahlbiografie zur „Qualbiografie“ werden, wenn sich der gewünschte Lebensentwurf nicht erfüllen lässt. So ist auch mit dem Kinderwunsch häufig ein umfassender Lebensentwurf verbunden, der komplett in Frage gestellt wird, wenn sich der Kinderwunsch nicht erfüllt. Infertilität wird dabei „von sehr vielen Frauen als schlimmste emotionale Krise empfunden (...), manchmal gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahe stehenden Angehörigen“ (Wischmann 2008: 35).

Hinzu kommt, dass mit den Angeboten, welche die reproduktionsmedizinischen Verfahren für Kinderwunschpaare bieten, neben den Entscheidungsmöglichkeiten gleichzeitig auch die Anforderungen an Frauen und Männer mit Kinderwunsch gewachsen sind. Aufgrund der Tatsache, dass reproduktionsmedizinische Verfahren erst seit wenigen Jahren zu einer fest etablierten Behandlungsform unseres Gesundheitswesens gehören, sind bisher nur selten Rollenvorbilder und geeignete Bewältigungsstrategien bekannt. Deshalb ist ein umfassendes Beratungsangebot im Kontext des Kinderwunsches von besonderer Bedeutung. Dabei ist ein Angebot erforderlich, das bedarfsgerechte Beratung bei Kinderwunsch sowohl vor, während und nach einer medizinischen Kinderwunschbehandlung als auch unabhängig von dieser anbietet.

Der Beratungsbedarf ist insgesamt als sehr groß zu bewerten. Dies zeigen zum einen die Ergebnisse des SARA-Modellprojektes, zum anderen auch die Erfahrungen zahlreicher anderer Studien (Wischmann 2009: 214; Revermann / Hüsing 2010: 145ff.). Immer mehr Ärztinnen und Ärzte der Reproduktionsmedizin betrachten

eine psychosoziale Beratung als wichtige Ergänzung der medizinischen Kinderwunschbehandlung und ärztlichen Beratung (Thorn 2012: 13). Darüber hinaus fehlt bisher ein flächendeckendes Angebot psychosozialer Beratung bei Kinderwunsch.

„Daher wird eine der wichtigen Aufgaben der nächsten Jahre sein, die psychosoziale Kinderwunschberatung weiter zu etablieren und dazu beitragen, dass diese Beratung noch besser in die medizinische Versorgung verankert und niedrigschwellig angeboten wird“ (Thorn 2012: 13).



II. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Um Frauen und Männer mit Kinderwunsch umfassend unterstützen und zu ihrer individuellen Lebenssituation gut beraten zu können, muss ein interdisziplinär orientiertes Beratungsangebot aufgebaut werden. In den folgenden Handlungsempfehlungen wird dargestellt, was hinsichtlich der Zielgruppe einer psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch beachtet werden muss, welche Themen und Inhalte eine solche Beratung umfassen kann und welche Elemente für den Aufbau eines Beratungsangebotes bei Kinderwunsch wichtig sind.

II.1 Zielgruppenorientierung

Eine Beratung bei Kinderwunsch soll allen Frauen und Männern zu allen Zeitpunkten und Phasen des Kinderwunsches leicht zugänglich sein und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen. Dabei ist zu beachten, dass die Zielgruppe sehr heterogen ist, sowohl hinsichtlich der persönlichen Lebenssituation als auch hinsichtlich der Phase im Kinderwunschprozess.

Zum einen sind es Frauen, Männer und Paare,

- die bisher gewollt kinderlos waren, sich aber jetzt ein Kind wünschen,
- die bereits ein Kind haben, sich aber ein weiteres Kind wünschen oder
- die (schon lange) ungewollt kinderlos sind.

Dabei kann es sich um Frauen und Männer in unterschiedlichsten Lebensformen handeln, so zum Beispiel um verheiratete (heterosexuelle) Paare oder verpartnerte (gleichgeschlechtliche) Paare, Paare in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft oder alleinstehende Frauen und Männer.

Zum anderen befinden sich die Frauen, Männer und Paare in unterschiedlichsten Phasen des Kinderwunsches:

- Eine medizinische Abklärung möglicher Ursachen hat noch nicht stattgefunden **oder** wurde bereits durchgeführt
- Handlungsoptionen wurden bereits reflektiert **oder** noch nicht reflektiert (Kinderwunschbehandlung, Anstreben einer Adoption oder Pflegschaft, Leben ohne Kind)
- Weitere Handlungsschritte sind noch ungeklärt **oder** sind bereits geklärt
- Entscheidung für die Inanspruchnahme **oder** Ablehnung medizinischer Kinderwunschbehandlungen stehen noch aus **oder** haben bereits stattgefunden

- Eventuell steht eine Entscheidung für **oder** gegen die Anwendung einer Gametenspende an (in Deutschland ist nur die Samenspende erlaubt)
- Die Inanspruchnahme einer medizinischen Kinderwunschbehandlung steht kurz bevor
- Nach Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung auf das Ergebnis wartend
- Nach erfolgloser Inanspruchnahme einer oder mehrerer Kinderwunschbehandlung(en)
- Im Trauerprozess nach einer Fehl- oder Totgeburt
- Im Trauerprozess nach einem Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation
- Im Entscheidungsprozess zum Abschluss der Kinderwunschbehandlung
- Auf der Suche nach Lebensplanalternativen und Neuorientierung
- Nach einer erfolgreichen Kinderwunschbehandlung
 - Verarbeitung der Erlebnisse im Kontext der Kinderwunschbehandlung
 - Erleben der Schwangerschaft
 - Übergang zur Elternschaft

Für die Gestaltung eines psychosozialen Beratungsangebotes bei unerfülltem Kinderwunsch ist zu bedenken, dass auch dann, wenn ein bedeutender Anteil der Frauen und Paare medizinische Kinderwunschbehandlungen in Anspruch nimmt, das Angebot ebenso für Frauen und Männer ausgerichtet sein muss, für die trotz eines intensiven Kinderwunsches keine medizinische Kinderwunschbehandlung in Frage kommt (z. B. aufgrund persönlicher oder religiöser Einstellungen, gesundheitlicher / somatischer Faktoren, einer fehlenden Partnerin bzw. eines fehlenden Partners etc.).

II.2 Inhaltliche Spezialisierung – Themen und Inhalte von Beratung bei Kinderwunsch

Ziel der Beratung ist es, geeignete Orientierungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangebote für die individuellen Lebenssituationen der Frauen und Männer mit Kinderwunsch zu gestalten. Im Fokus der Beratung stehen Prozesse zur Bewusstmachung und Stärkung der individuellen und partnerschaftsbezogenen Ressourcen, die Bereitstellung und Ergänzung fehlender Information, die Ausrichtung auf den individuellen und partnerschaftlichen Lebenskontext, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, das Entwickeln von Handlungsschritten und

alternativen Perspektiven sowie der Umgang mit Trauer und Misserfolgen. Die Beratung soll die Frauen und Männer unterstützen, tragfähige und mit der jeweiligen Lebenssituation stimmige Entscheidungen zu treffen und die Autonomie und Handlungsfähigkeit der Betroffenen stärken.

Die psychosoziale Beratung sollte stattfinden

- als dauerhaftes Angebot der Beratungsstelle,
- als Ergänzung der medizinischen Beratung,
- unabhängig vom medizinischen Kontext und
- als einmalige oder mehrmalige Beratung oder eine langfristige Begleitung.

Sie bietet

- persönliche Orientierung,
- Entscheidungshilfen,
- psychische Entlastung und
- emotionale Stärkung

zu allen Lebensfragen, die vom Thema Kinderwunsch tangiert werden, so dass Austausch gelingen kann, Krisen vorgebeugt und prekäre Ereignisse bewältigt werden können.

Neben diesen grundsätzlichen Inhalten der Beratung sind folgende Themen besonders relevant – je nachdem, in welcher Phase des Kinderwunsches sich die Betroffenen befinden.

A) Ohne oder vor der Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung

- **Klärung der biografischen Bedeutung des Kinderwunsches:** Die psychosoziale Beratung kann helfen, die Bedeutung des Kinderwunsches sowohl für jeden einzelnen Partner als auch für die Partnerschaft zu klären. Eine Reflexion zum persönlichen Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit kann angeregt werden, so dass Handlungs- und Vorgehensweisen bewusst gestaltet werden können und aus dem intensiven Wunsch nach einem Kind kein „blinder Aktionismus“ entsteht.
- **Partnerschaft im Kontext des Kinderwunsches:** Die psychosoziale Beratung bietet Gelegenheit, den Kinderwunsch auch im Rahmen der Partnerschaft genauer zu betrachten. Durch eine gezielte Gesprächsführung können die Wünsche und Vorstellungen zwischen den Partnern verbalisiert werden, so dass ein gegenseitiges Verstehen gestärkt wird.
- **Wahrnehmung subjektiver Erklärungszusammenhänge:** Nicht selten erfolgt bei ungewollter Kinderlosigkeit eine Ursachenforschung, welche Begründungen im Verhalten eines oder beider Partner sucht, Erklärungen im Kontext von Krankheits- oder Lebensgeschichten entwirft und subjektive Sinnzusammenhänge

herstellt. Neben der Bewusstmachung dieser Erklärungsentwürfe sind die Ergänzung fachlicher Informationen zu den möglichen Ursachen eines unerfüllten Kinderwunsches und der Hinweis auf geeignete medizinische Einrichtungen zur Ursachenklärung eine wichtige Aufgabe der psychosozialen Beratung.

- **Individuelle Bedürfnisse:** In einem Beratungsgespräch werden die Betroffenen ermuntert, ihr persönliches Erleben und ihre individuellen Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Dabei können das Körpererleben, das Selbstwertgefühl, der Einfluss auf die Paarbeziehung, Bedürfnisse, Wünsche an den Partner oder andere Personen etc. thematisiert werden.
- **Bewältigung des Alltages:** Im Kontext der psychosozialen Beratung können alltagspraktische Hilfen vermittelt werden. So können zum Beispiel Hilfen für den Umgang mit belastenden Anfragen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Nachfragen zur Familienplanung des Paares, Erwartungen der Eltern und Schwiegereltern etc.) oder den Umgang mit dem Thema am Arbeitsplatz formuliert werden.
- **Bereitstellung von Informationen zu den Möglichkeiten und Grenzen reproduktionsmedizinischer Behandlungen, möglichen Handlungsalternativen und finanziellen Fragen:** Reproduktionsmedizinische Behandlungen werden oft als der letzte Ausweg betrachtet, um sich doch noch den Wunsch nach einem leiblichen Kind zu erfüllen (vgl. Revermann / Hüsing 2010: 150). Häufig werden jedoch die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin überschätzt und die Bedeutung des Alters für die Erfolgswahrscheinlichkeit unterschätzt. Eine Aufklärung und Information zu fertilitätsbezogenen Aspekten sowie den Möglichkeiten und Grenzen reproduktionsmedizinischer Angebote ist deshalb eine wichtige Aufgabe der psychosozialen Beratung. Auch die Beleuchtung der finanziellen Aspekte einer Kinderwunschbehandlung sowie die Vermittlung finanzieller Unterstützungsleistungen können für Paare mit eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten eine wichtige Hilfe sein. Darüber hinaus bildet das Aufzeigen von Handlungsalternativen einen wichtigen inhaltlichen Schwerpunkt des Beratungsangebotes.

WIE?

Die psychosoziale Beratung unabhängig und vor Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen hat vorwiegend präventiven Charakter und trägt zur Stärkung der Partnerschaftsbeziehung, der Handlungsfähigkeit und Selbstsicherheit der Betroffenen bei. Idealerweise findet diese Beratung als Paargespräch statt. Ergänzend sollten immer auch Einzelberatungen und allgemeine Informationsveranstaltungen angeboten werden. Ferner können auch zu diesem frühen Zeitpunkt bereits Gruppenangebote den Austausch mit anderen Betroffenen fördern.

- ➔ **Ein möglichst früher Zeitpunkt der Beratung ist anzustreben, um Belastungen bereits frühzeitig vorbeugend entgegenwirken zu können.**

B) Im Verlauf einer medizinischen Kinderwunschbehandlung

- **Bewältigung der emotionalen Belastungen während der Wartezeiten:**

Die Wartezeiten im Verlauf einer medizinischen Kinderwunschbehandlung sind für die Betroffenen meist sehr belastend und voller Anspannung. Die psychosoziale Beratung bietet Hilfe im Umgang mit psychischem Stress und Belastungen während der Wartezeiten an, z. B. nach der Hormonstimulation, der Eizellpunktion, der Befruchtungsphase, nach einem Embryotransfer oder vor einem Schwangerschaftstest.

- **Umgang mit organisatorischen Herausforderungen:** Häufig treten im Zusammenhang mit den medizinischen Behandlungen auch Belastungen hinsichtlich der Organisation im Alltag auf (z. B. Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Versorgung von Geschwisterkindern, Probleme bei der Selbstinjektion etc.). Die psychosoziale Beratung kann helfen, Ressourcen zur Entlastung aufzubauen und bei Problemen gemeinsam geeignete Lösungswege zu erarbeiten.

- **Stärkung der Partnerschaft:** Während medizinischer Kinderwunschbehandlungen entstehen auch für die Partnerschaft ungewohnte Situationen. Die psychosoziale Beratung kann helfen, die Partnerschaft in einer schwierigen Lebenssituation zu stärken. Dazu gehört auch, Probleme im Umgang mit dem Einfluss der Behandlungen auf das Sexualleben zu klären und Bewältigungsstrategien aufzuzeigen.

- **Reflexion von Handlungsperspektiven und Alternativen:** Im Verlauf der psychosozialen Beratung ist eine Auseinandersetzung mit alternativen Zukunfts- und Handlungsperspektiven möglich. Dabei können die Frauen und Männer dazu ermutigt werden, sich zukünftige Handlungsperspektiven zu erarbeiten, die sich sowohl auf ein Leben mit als auch ohne (leibliches) Kind beziehen.

WIE?

Eine Beratung im Zeitraum der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen kann sowohl in Form eines Paar- oder Einzelgespräches stattfinden als auch in Form eines Gruppenangebotes. Gruppenangebote eignen sich in diesem Zeitraum besonders gut, da der Gesprächsbedarf der Betroffenen mit Gleichgesinnten in dieser Phase meist äußerst groß ist. Die Beratungsstelle sollte deshalb Gruppenangebote für Frauen, Männer und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bedarfsgerecht organisieren und anleiten. Dazu gehören zum Beispiel auch spezielle Angebote zum Thema donogene Insemination.

→ Die psychosoziale Beratung ist eine wichtige emotionale Stütze für die Betroffenen und kann eine Anlaufstelle zum Austausch mit Gleichgesinnten sein.

C) Nach der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Kinderwunschbehandlungen

Nach Inanspruchnahme medizinischer Kinderwunschbehandlungen werden die Beratungsthemen stark vom Verlauf und Ausgang der Behandlung geprägt. Deshalb muss unterschieden werden, ob die Behandlung erfolgreich war, d. h. eine Schwangerschaft zustande kam, oder ob der Versuch abgebrochen werden musste oder gescheitert ist.

Bei erfolgreicher Behandlung:

- **Schwangerschaftserleben:** Die psychosoziale Beratung bietet Information, Beratung und Begleitung zu verschiedenen Themen während der Zeit der Schwangerschaft und im Übergang zur Elternschaft an (Bewältigung von Ängsten während der Schwangerschaft, Umgang mit Angeboten der Pränataldiagnostik, Unterstützung zur Gestaltung der neuen Familiensituation). Dabei werden im Kontext einer Kinderwunschbehandlung die besonderen Umstände der Zeugungsgeschichte berücksichtigt.
- **Erste Zeit nach der Geburt:** Nach der Geburt kann die Beratung helfen, ein bedarfsgerechtes Unterstützungsnetzwerk aufzubauen und steht für alle Anliegen von Müttern, Vätern und Familien mit Kindern (bis zum dritten Lebensjahr) unterstützend zur Seite. Im Besonderen gilt dies auch bei Fragen rund um die Versorgung von Mehrlingen oder behinderten Kindern. Die Beratung kann Entlastung anbieten, alltagspraktische Hilfen vermitteln und vor Überlastungen schützen.
- **Umgang mit der Zeugungsgeschichte des Kindes und Fragen zur Aufklärung:** Manchmal treten während der Schwangerschaft oder nach der Geburt eines Kindes Fragen oder Verunsicherungen hinsichtlich des Umgangs mit der Zeugungsgeschichte des Kindes auf. In einem Beratungsgespräch kann überlegt werden, inwiefern andere Personen wie z. B. Verwandte und Freunde über den reproduktionsmedizinischen Hintergrund der Schwangerschaft informiert werden sollen. Auch in Bezug auf Fragen hinsichtlich der Aufklärung des Kindes über seine eigene Entstehungsgeschichte kann ein Beratungsgespräch hilfreich sein.
- **Umgang mit überzähligen befruchteten Eizellen:** Im Kontext reproduktionsmedizinischer Behandlungen kann es vorkommen, dass sich mehr als drei Eizellen erfolgreich befruchten. So kann es zu überzähligen befruchteten Eizellen kommen, die entweder direkt verworfen oder kryokonserviert werden können. Wurden befruchtete Eizellen kryokonserviert, steht nach einer erfolgreichen Behandlung, Schwangerschaft und Geburt eines Kindes die Frage an, wie mit den überzähligen Eizellen umzugehen ist. Die Betroffenen müssen entscheiden, ob die Eizellen für

mögliche weitere eigene Behandlungen aufbewahrt, ob sie verworfen oder eventuell auch für eine Embryonenspende freigegeben werden sollen. Solche Entscheidungen können eine enorme Belastung darstellen, da die kryokonservierten Eizellen emotional häufig wie potentielle Geschwisterkinder bewertet werden, selbst dann, wenn kein weiterer Kinderwunsch vorhanden ist oder eine weitere Schwangerschaft nicht mehr möglich ist. Psychosoziale Beratung kann die Betroffenen in der Reflexion aller möglichen Handlungsalternativen unterstützen.

- **Bewältigung einer Fehl- oder Totgeburt:** Nicht alle erfolgreichen reproduktionsmedizinischen Behandlungen führen zu einer stabilen Schwangerschaft. Immer wieder kommt es vor, dass Frauen und Paare nach einer zunächst erfolgreichen medizinischen Kinderwunschbehandlung eine Fehl- oder Totgeburt erleben. Die psychosoziale Beratung bietet Hilfe und Unterstützung im Umgang mit den großen emotionalen Belastungen aufgrund von Fehl- und Totgeburten an. Dazu gehören neben der psychischen Unterstützung in der Trauerverarbeitung auch Hilfen bei der Suche nach und Gestaltung von individuellen Abschieds- und Bestattungsritualen.

WIE?

Für Fragen und Themen rund um das Schwangerschaftserleben und die Geburt des Kindes sind Paarberatungen besonders gut geeignet. Hier können auch Fragen zur Pränataldiagnostik geklärt werden, die das Erleben einer Schwangerschaft belasten können. Gruppenangebote sind als ergänzende Angebote vor allem dann geeignet, wenn sich nach einer erfolgreichen Behandlung dennoch keine bleibende Schwangerschaft einstellt und Fehl- oder Totgeburten zu bewältigen sind. Austausch mit Gleichgesinnten kann in dieser Phase besonders hilfreich sein.

- ➔ **Auch nach einer erfolgreichen Kinderwunschbehandlung kann großer Beratungsbedarf bestehen. Nicht immer gelingt die Integration der besonderen Umstände der Zeugungsgeschichte in die Familienbiografie gut, weshalb auch hierfür bedarfsgerechte Angebote zu gestalten sind.**

Bei erfolgloser Behandlung:

- **Umgang mit Enttäuschung und Trauer:** Bleiben reproduktionsmedizinische Behandlungen ohne Erfolg, kann ein Beratungsgespräch helfen, die persönliche Enttäuschung anzuerkennen und aufzuarbeiten. Dazu gehört auch die Ermutigung zur Integration alternativer Lebenswege in die eigene Biographie (z. B. Überarbeitung des Lebensentwurfs, Leben ohne Kind oder mit Pflege- bzw. Adoptivkind, berufliche Veränderungen etc.).
- **Emotionale Unterstützung bei wiederholten Misserfolgen:** Wiederholte Misserfolge werden manchmal als persönliches Versagen empfunden und sind

oft mit großen Selbstzweifeln verbunden. Das Erleben des eigenen, funktionierenden Körpers wird verunsichert und ein Sich-Wiederfinden in etablierten Frauen- und Männerbildern erschwert. Hinzu kommt, dass Schwangerschaften anderer zum Teil Neid auslösen und der Umgang damit enorme Kraftreserven fordert. Die psychosoziale Beratung bietet Unterstützung im aktiven Umgang mit den alltäglichen Herausforderungen, stärkt die Selbstreflexion und unterstützt die Betroffenen dabei, positive Ressourcen zu erkennen und die Lebensfreude zu aktivieren.

- **Hilfen bei Entscheidungskonflikten zwischen Abschluss der Kinderwunschbehandlung und weiteren Behandlungszyklen:** Stehen Entscheidungsfragen zwischen weiterer Inanspruchnahme oder dem Abschluss der reproduktionsmedizinischen Behandlung an, kann die Beratung helfen, die Handlungsoptionen zu reflektieren und persönliche Bewertungen herauszuarbeiten, so dass selbstsichere und langfristig tragbare Entscheidungen getroffen werden können. Dabei spielt die Berücksichtigung der Perspektiven beider Partner eine besonders wichtige Rolle.
- **Entwicklung von positiven Zukunftsperspektiven:** Die Beratung bietet einen Raum der Ruhe und Reflexion, der dazu ermutigt, positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln und neue Handlungsenergien zu gewinnen.

WIE?

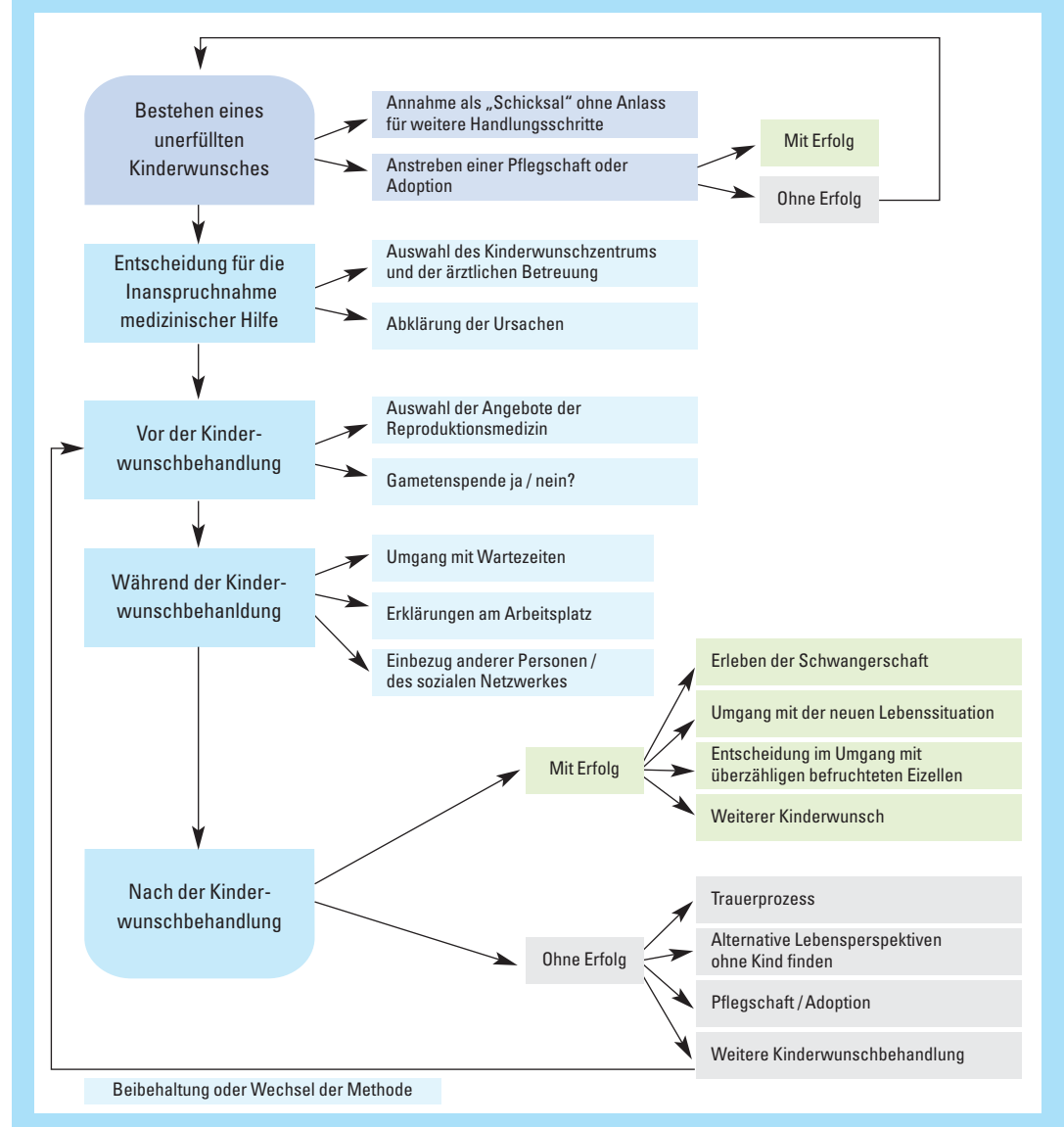
Bleiben Kinderwunschbehandlungen erfolglos, sind die Trauerarbeit und Entwicklung von Handlungsperspektiven für die Zukunft wichtige Elemente im Bewältigungsprozess. Muss endgültig Abschied vom Kinderwunsch genommen werden, kann eine professionelle Beratung helfen, neue Zukunftsperspektiven zu erarbeiten. Die Stabilisierung der einzelnen Partner sowie der Partnerschaft, die Verbalisierung und Bewältigung der Trauer und Verlusterfahrungen sowie die Erarbeitung von hilfreichen Ressourcen sind wichtige Aspekte der Beratungsarbeit. Hierfür eignet sich eine Paarberatung ganz besonders.

- **Frauen und Männer erleben reproduktionsmedizinische Behandlungen meist besonders stressreich. Bleibt der Erfolg aus, steigen die Belastungen mit zunehmender Anzahl und Dauer der Behandlung an. Bei wiederholten Misserfolgen können prekäre Belastungs- und Überforderungssituationen entstehen. Die psychosoziale Beratung kann durch bedarfsgerechte Trauerarbeit und durch die Förderung von positiven Zukunftsperspektiven zur Stabilisierung der Betroffenen beitragen.**

Zu allen Zeitpunkten und Themen der Beratung ist ein breites Verweisungs- und Vernetzungswissen erforderlich.

In folgender Grafik werden einzelne Phasen im Kinderwunschprozess sowie zentrale Beratungsanlässe im Überblick dargestellt:

Abb. 2: Phasen des Kinderwunschprozesses sowie zentrale Beratungsanlässe



Quelle: Eigene Darstellung

II.3 Aufbau geeigneter Angebotsstrukturen

Neben den inhaltlichen Elementen einer Beratung bei Kinderwunsch müssen auch die strukturellen Aspekte berücksichtigt werden.

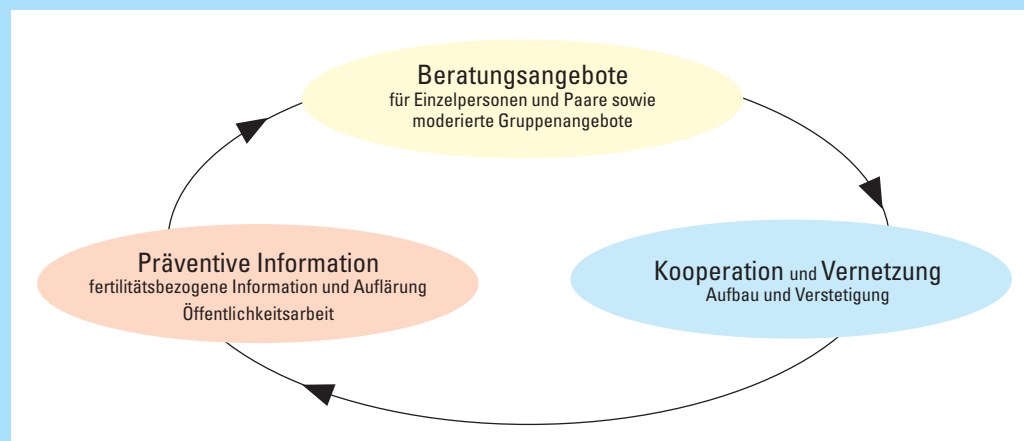
Wie muss ein Beratungsangebot bei Kinderwunsch aufgebaut sein, damit eine bedarfsgerechte und gelingende Beratung für Männer und Frauen mit Kinderwunsch stattfinden kann?

Um diese zentrale Frage beantworten zu können, werden Erfahrungen aus dem SARA-Modellprojekt sowie die Ergebnisse anderer Studien zusammenfassend dargestellt. Zentral sind dabei die **Konzeptualisierung der Kinderwunschberatung** als eigenständiges Beratungsthema sowie die **Qualifizierung der Beratungsfachkräfte**, Aspekte zur **Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit**, zur **Kooperation und Vernetzung** sowie zur **Öffentlichkeitsarbeit** und **Qualitätssicherung**.

Dabei muss im Blick bleiben, dass ein Angebot zur Beratung bei Kinderwunsch immer mindestens folgende Bereiche umfasst:

- Allgemeine und fallübergreifende Informationen zu allen Themen rund um den Kinderwunsch als Teil der Öffentlichkeitsarbeit und präventiver Information (z. B. Information und Aufklärung zu fertilitätsbezogenem Wissen; Förderung des Bekanntheitsgrades des Beratungsangebotes etc.)
- Beratungsangebote für Einzelpersonen und Paare sowie moderierte Gruppenangebote zum Austausch unter Betroffenen
- Aufbau und Verstetigung von geeigneten Kooperationen und Vernetzungsstrukturen

Abb. 3: Aufgabenbereiche Beratungsangebot bei Kinderwunsch



Quelle: Eigene Darstellung

II.3.1 Konzept und Qualifizierung

Für ein umfassendes Angebot psychosozialer Beratung bei Kinderwunsch sollte immer eine **konzeptionelle Grundlage** beschrieben werden. Diese dient als tragfähiges Fundament der Beratung bei Kinderwunsch, so dass diese langfristig in das Angebot der Beratungsstelle integriert werden kann. Inhalte des Konzeptes sollten mindestens folgende sein:

- Genaue Darstellung der Zielsetzung des Beratungsangebotes
- Verankerung des Angebotes entlang der gesetzlichen Grundlagen und Leitbilder der Einrichtung
- Analyse des Beratungsbedarfs
- Anzubietende Beratungsformen (Einzel- und Paarberatung; Gruppenangebote; Kommstrukturen / Gehstrukturen)
- Beratungsthemen
- Strukturelle Aspekte wie z. B. Öffnungszeiten und Erreichbarkeit
- Beschreibung der Vernetzungs- und Kooperationspartner
- Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. Qualifizierung, Räumlichkeiten, Kooperation etc.)

Die Beratung bei Kinderwunsch erfordert darüber hinaus ein spezialisiertes Wissen zu allen Themen im Kontext des Kinderwunsches sowie ein breites Vernetzungs- und Kooperationswissen. Ohne eine spezialisierte Qualifizierung für den Themenbereich der Kinderwunschberatung ist das Angebot nicht gelingend gestaltbar.

Aufgrund der hohen Komplexität der Themen rund um den Kinderwunsch sowie der schnell fortschreitenden medizin-technischen Entwicklungen ist zu allen Bereichen eine kontinuierliche Weiterbildung erforderlich. Ferner ist angesichts der ethischen Herausforderungen, welche sich im Kontext einer Kinderwunschbehandlung auftun können, eine kontinuierliche Selbstreflexion und regelmäßige Supervision ebenso wichtig für gelingende Beratung wie die inhaltliche Fort- und Weiterbildung.

Eine **Qualifizierung** für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch erfordert regelmäßige Fort- und Weiterbildung zu folgenden Bereichen:

Inhaltliche Kenntnisse

- Gestaltung von Beratung mit Einzelpersonen und Paaren sowie Gruppenarbeit
- Methodische Beratungskompetenzen
- Kompetenzen zur Beratung bei Paarkonflikten
- Kenntnisse zu den Rechtsgrundlagen der Reproduktionsmedizin in Deutschland und Europa sowie den gesetzlichen Regelungen zum Beratungsanspruch und -auftrag bei Kinderwunsch
- Basiswissen über die natürliche Fertilität und Fruchtbarkeitsstörungen sowie zu den medizinischen Angeboten und Verfahren der Reproduktionsmedizin
- Kenntnisse zum psychosozialen Kontext des Kinderwunsches, den psychologischen Grundlagen und Bewältigungsstrategien sowie der Verarbeitung extremer Belastungen und traumatischer Erfahrungen
- Basiswissen zu den Abläufen bei Adoption und Pflegschaft

Vernetzungs- und Kooperationswissen

- Kenntnisse über relevante Berufsgruppen
- Kooperationswissen, insbesondere zur Planung und Pflege von Kooperationen
- Kenntnisse zum Aufbau und zu der Verstetigung von Netzwerken (Kordinierung, Finanzierung, Qualitätssicherung)

Kontinuierliche Selbstreflexion und ethische Auseinandersetzung mit den eigenen Werthaltungen

- zu den Themen der Präimplantationsdiagnostik (PID) und Embryonenselektion
- zur Gametenspende und Embryonenspende
- zum Kinderwunsch gleichgeschlechtlicher Paare
- zu selektivem Fetozyd, Themen der Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch

Verschiedene Träger (z. B. Donum Vitae, pro familia, Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung Berlin) sowie das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) bieten regelmäßig Fort- und Weiterbildungen zur Beratung bei Kinderwunsch an. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hält aktualisierte Informationen zu Qualifizierungsangeboten bei Kinderwunsch bereit.⁶

⁶ Online verfügbar unter: <https://www.qualifizierung.sexualaufklaerung.de> (Stand: 05.03.14).

Neben der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung der Beratungsfachkräfte ist anzustreben, dass diese auch selbst bereichsübergreifende Informations- und Fachveranstaltungen zum Thema „Beratung bei Kinderwunsch“ organisieren und durchführen. So kann zum einen die Kooperation mit relevanten Berufsgruppen gestärkt und eine interdisziplinäre Sensibilisierung zu den Themen des Kinderwunsches gefördert werden. Zum anderen tragen solche Veranstaltungen und Fachtage dazu bei, die Beratung bei Kinderwunsch insgesamt zu verbessern. Darüber hinaus sollten die psychosozialen Beratungsfachkräfte auch an medizinischen Kongressen und Fachveranstaltungen teilnehmen.

Beispiele für selbstorganisierte Veranstaltungen

- **Interdisziplinäre Organisation von Informationsveranstaltungen für Frauen und Männer mit Kinderwunsch:** Beratungsstellen und (reproduktions-)medizinische Einrichtungen stellen ihre Arbeit und ihr Angebot gemeinsam im Rahmen eines Informationsabends in der Beratungsstelle, am reproduktionsmedizinischen Zentrum oder in einem neutralen öffentlichen Raum vor.
- **Etablierung regionaler Qualitätszirkel:** Relevante Fachkräfte (z. B. Beratungsfachkräfte, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, medizinische Fachangestellte, Fachkräfte der Adoptionsvermittlung, Hebammen, Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen etc.) treffen sich regelmäßig zum Austausch und zur gegenseitigen Information sowie zur Diskussion fachlicher Themen des Kinderwunsches.
- **Gestaltung interdisziplinärer Balintgruppen:** Am Fallbeispiel werden gemeinsam wichtige Aspekte der Beziehung zwischen Klientinnen und Klienten und den betreuenden Fachkräften herausgearbeitet; dabei zielt diese Reflexion auf eine Erweiterung des Belastungsverstehens ab, so dass berufsbezogene Handlungsstrategien reflektiert und eventuell verbessert werden können.
- **Fortbildungsveranstaltungen für medizinische Fachkräfte zu psychosozialen Aspekten des Kinderwunsches:** Zum einen können Angebote für medizinische Fachangestellte einer reproduktionsmedizinischen, gynäkologischen und urologischen / andrologischen Praxis gestaltet werden. In diesem Kontext können zentrale Aspekte der psychosozialen Beratung bekannt gemacht und Methoden zum Umgang mit schwierigen Situationen im Praxisalltag (z. B. Umgang mit der Verzweiflung betroffener Paare nach erfolglosem Behandlungsversuch) vermittelt werden. Zum anderen sind auch Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte (aus der Gynäkologie, Urologie / Andrologie und Reproduktionsmedizin) sowie für Embryologinnen und Embryologen über die psychosozialen Aspekte des Kinderwunsches und vorhandene Beratungsangebote wichtig, damit das Handlungsfeld der psychosozialen Beratung transparent wird und gemeinsame Beratungsziele gestaltet werden können.

Bei allen Angeboten, die medizinische Themen beinhalten, können Fortbildungspunkte bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) beantragt werden. Diese Fortbildungspunkte sind allerdings nur für die medizinischen Fachkräfte anrechenbar.

Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen können das gegenseitige Verständnis und eine gelingende Kooperation zwischen den relevanten Disziplinen fördern.

Beispiele aus dem SARA-Projekt

Ärztefortbildung / Qualitätszirkel

- | | |
|--------|--|
| Themen | <ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen in der Behandlung und Beratung von Frauen und Männern mit Kinderwunsch • Medizinische und psychologische Perspektiven im Kontext der Kinderwunschbehandlung • Wünsche der gynäkologischen und urologischen Praxen an das Kinderwunschzentrum Amberg und die Beratungseinrichtung |
|--------|--|

Fortbildungsangebot für medizinische Fachangestellte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Labor und Verwaltung einer Kinderwunschpraxis

- | | |
|-------|--|
| Thema | <ul style="list-style-type: none"> • Alltag in der Kinderwunschpraxis: Besonderheiten im Umgang mit Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch |
|-------|--|

Workshop für medizinische Fachangestellte aus niedergelassenen gynäkologischen und urologischen Praxen in der Region Amberg

- | | |
|-------|--|
| Thema | <ul style="list-style-type: none"> • Besonderheiten im Umgang mit Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch |
|-------|--|

Fachtagung für Beratungsfachkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte

- | | |
|-------|---|
| Thema | <ul style="list-style-type: none"> • Kinderwunsch, PID und Beratung – Interprofessioneller Fachaustausch |
|-------|---|

„Netzwerk Kinderwunsch Amberg“

- Gründung: Die Patenschaft zu diesem Netzwerk haben die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml und der Staatssekretär a. D. Markus Sackmann (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration) übernommen.
- 1. Treffen „Netzwerk Kinderwunsch Amberg“

Fachtagung für Beratungsfachkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte

- | | |
|-------|--|
| Thema | <ul style="list-style-type: none"> • „Beratung bei Kinderwunsch – eine interdisziplinäre Herausforderung“ |
|-------|--|

II.3.2 Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit

Die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch stellt eine Ergänzung zur ärztlichen Beratung und den medizinischen Fragestellungen dar. Dabei sollte sie unabhängig vom medizinischen Kontext stattfinden und sich vor allem auf die Lebenswelterfahrungen der Betroffenen, den Informationsbedarf, das Belastungserleben und den Umgang mit schwierigen Herausforderungen im Rahmen des unerfüllten Kinderwunsches bzw. einer Kinderwunschbehandlung beziehen.

Damit das Beratungsangebot niedrigschwellig erreichbar ist und bedarfsgerecht gestaltet werden kann, sind folgende Aspekte von besonderer Bedeutung:

Breiter Bekanntheitsgrad des Angebotes

- Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Präsenz in den Medien inkl. Informationen im Internet, Erstellung und Veröffentlichung von Informationsmaterialien, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen, Initiierung von Aktionen etc.)
- Gezielte Auslage von ansprechenden Informationsmaterialien an geeigneten Orten (z. B. in niedergelassenen gynäkologischen und urologischen Praxen, Familienbildungsstätten, an anderen öffentlichen Bildungsorten wie z. B. Volkshochschulen etc.)
- Vernetzung mit geeigneten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachangestellte als wichtige Personen mit Schlüssel-funktion, Fachkräfte anderer Beratungsstellen wie z. B. der Ehe- und Familienberatung oder der Adoptionsvermittlung etc.)
- Vorstellung des Beratungsangebotes im Kontext anderer Angebote (Veranstaltungen reproduktionsmedizinischer Einrichtungen, aber auch andere öffentliche Veranstaltungen wie z. B. Stadtfeste, Pfarrfeste etc.)

Einfacher Zugang zum Beratungsangebot

- Bedarfsgerechte Sprech- und Öffnungszeiten (auch Abendsprechstunden für Berufstätige und Telefonsprechstunden)
- Gute Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, örtliche Lage, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkmöglichkeiten etc.)
- Angebot von Komm- und Gehstrukturen (z. B. neben der Beratung in der Beratungsstelle auch Vor-Ort-Beratung am reproduktionsmedizinischen Zentrum einrichten)
- Offene Angebote wie z. B. thematische Wanderungen, Frühstückstreffen, Informationsveranstaltungen ohne Anmeldung

Senkung der Hemmschwellen

- Förderung einer positiven Wahrnehmung psychosozialer Beratungsangebote (verstärkte Öffentlichkeitsarbeit)
- Regelmäßige Gestaltung allgemeiner Informationsveranstaltungen für alle interessierten Frauen, Männer und Paare
- Transparenz der Abläufe einer Einzel- und Paarberatung sowie für Gruppenangebote
- Förderung der Bekanntheit über die Kostenfreiheit, Vertraulichkeit und Möglichkeit der anonymen Beratung
- Gestaltung offener Treffen ohne vorherige Anmeldung
- Stärkung der persönlichen Verweisung durch die medizinischen Fachkräfte
- Bereitstellung spezifischer Angebote (z. B. Ausrichtung der Angebote am Geschlecht: spezielle Angebot für Männer und für Frauen; Ausrichtung der Angebote an den Kinderwunscherfahrungen: vor Inanspruchnahme medizinischer Angebote, nach Misserfolgen, nach Fehl- und Totgeburten, nach erfolgreicher Behandlung etc.)
- Umsetzung pro-aktiver Initiativen wie z. B. regelmäßige Sprechstunden am Kinderwunschzentrum vor Ort
- Angebot von offenen und geschlossenen Gruppen: Neben dem dauerhaften Angebot von Einzel- und Paarberatungen sollten auch regelmäßig Gruppentreffen angeboten werden. Die Gruppentreffen finden unter professioneller Anleitung statt und dienen vor allem dem Austausch zwischen den Betroffenen. Das Kennenlernen anderer Frauen, Männer und Paare, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, sowie der Austausch mit diesen über das Erleben der spezifischen Situation, über die Erfahrungen in der medizinischen Kinderwunschbehandlung und über mögliche Bewältigungsstrategien in schwierigen Alltagssituationen ist für die Betroffenen von besonderer Bedeutung. Durch die professionelle Anleitung wird neben organisatorischen Aspekten auch die inhaltliche Qualität der Gruppentreffen sichergestellt.

Beispiele aus dem SARA-Projekt

- Aushänge über aktuelle Beratungs- und Gruppenangebote in dem reproduktionsmedizinischen Zentrum
- Regelmäßige Veröffentlichungen in lokalen Tageszeitungen und Wurfsendungen: Informationen allgemeiner Art zum Thema Kinderwunsch, Termine für offene Gruppentreffen, Beschreibung des Beratungsangebotes
- Offene Veranstaltungen, zum Beispiel zu folgenden Themen:
 - „Alle sind schwanger, außer ich – Umgang mit Schwangerschaften anderer“
 - Kinderwunsch und Alternativen
 - „Entspann Dich doch mal! – Entspannungsmöglichkeiten im Kinderwunschprozess“
 - „Mein Chef / meine Chefin darf nichts erfahren – Umgang mit dem Kinderwunsch im Beruf“
 - „Und wann ist es bei Euch soweit? – Nervige / Gut gemeinte Fragen und Ratschläge von Bekannten und Verwandten“
- Vorstellung des Beratungsangebotes, der Beratungsstelle und der Beratungsfachkräfte (mit Bild) im Rahmen des Wartezimmer-TVs: über einen großen Bildschirm im Wartezimmer werden in einer sich wiederholenden Schleife neben Praxishinweisen das Angebot der psychosozialen Beratung vorgestellt.
- Beschreibung des Beratungsangebotes auf der Webseite der Beratungsstelle
- Erstellung eines Facebook-Auftrittes über das Netzwerk Kinderwunsch Amberg
 Link?: <https://www.facebook.com/Netzwerk.Kinderwunsch.Amberg>





- Aushänge mit dem QR-Code („Quick Response“ – per Foto-Handy kann direkt auf die Internetseite der Beratungsstelle bzw. auf die Präsentation des Netzwerkes zugegriffen werden)



- Zusammenschluss zu einem Netzwerk mit relevanten Akteuren und wiedererkennbarem Netzwerklogo

- Entwurf eines Flyers zum Thema „Kinderwunsch – was tun?“ (Vorstellung der Aufgaben und Angebote der gynäkologischen Praxis, der urologischen bzw. andrologischen Praxis, des reproduktionsmedizinischen Zentrums, der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen und der Krankenkassen) (siehe Inhalt im Beispiel unter Kap. III., Abb. 6 und 7)



- Pro-aktive Gestaltung von niedrigschwelligen Events für Kinderwunschpaare (z. B. offene Treffen zu speziellen Themen, thematische Wanderung, Paarwochenende etc.)



II.3.3 Vernetzung und Kooperation

Eine gelingende Beratungsarbeit bei Kinderwunsch erfordert immer eine gezielte interdisziplinäre Vernetzung. Allerdings beanspruchen der Aufbau und die kontinuierliche Pflege eines solchen Netzwerkes große personelle und organisatorische Aufwendungen, die nicht unterschätzt werden dürfen. Damit Kooperation und Vernetzung langfristig gelingen können, ist es notwendig, sich genaue Vorstellungen zur Zielsetzung der Kooperation zu erarbeiten sowie den Aufbau und die Verstärkung gut zu planen. Im Folgenden werden wichtige Schritte der Vernetzungs- und Kooperationsarbeit praxisrelevant dargestellt.

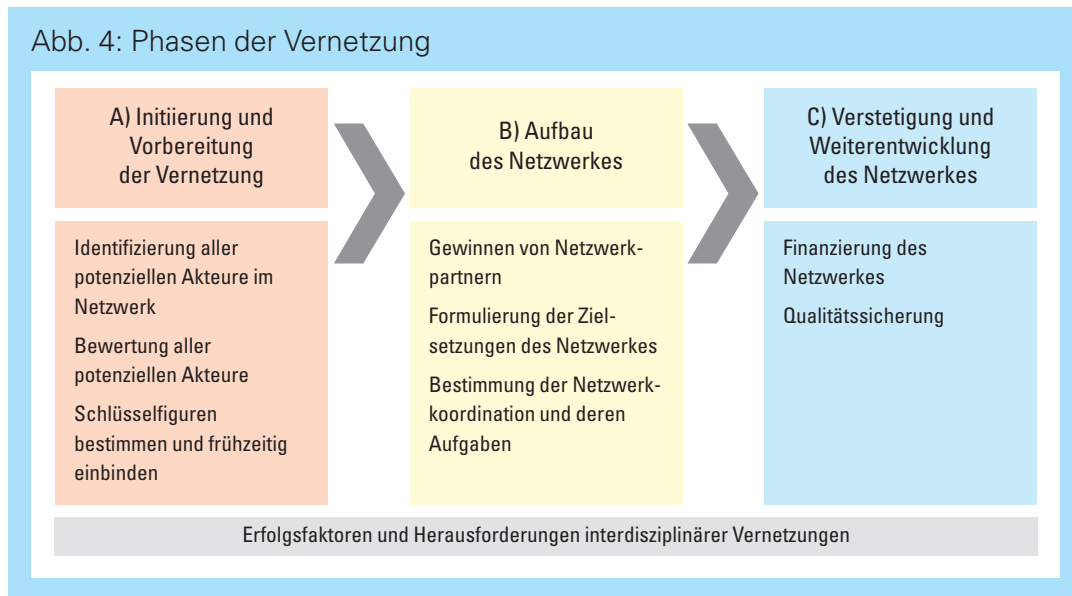
Ziele der Netzwerkarbeit

Eine systematische, interdisziplinäre Netzwerkarbeit zum Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ dient primär der Etablierung eines umfassenden und bedarfsgerechten Unterstützungs- und Beratungsangebotes für Frauen und Männer mit Kinderwunsch. Vernetzung fördert den Aufbau von gemeinsamen Kooperationen und kann für die beteiligten Akteure durch folgende Aspekte bereichernd wirken:

- Innerhalb eines Netzwerkes wird ein breites, gemeinsames multidisziplinäres Wissen gebündelt (Elsholz et al. 2006: 23).
- Das Netzwerk bietet Strukturen zum gegenseitigen und regelmäßigen Informationsaustausch. Hier wird Expertenwissen zusammengetragen, neues Wissen aufgebaut oder vertieft.
- Vernetzung regt zum Kennenlernen anderer fachbezogener Perspektiven sowie neuer Sichtweisen an. Die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Bereich kann so gestärkt werden.
- Durch gezielte Vernetzung können Synergieeffekte entstehen und nutzbar gemacht werden, da sich einzelne Potenziale und Ressourcen gegenseitig verstärken, wenn sie zusammenwirken (z. B. gemeinsam gestaltete und koordinierte Öffentlichkeitsarbeit).
- Die nutzerorientierte Versorgungsstruktur kann durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und multi-perspektivischer Sichtweise verbessert werden (Ochs / Urban 2012: 155).
- Eine gute Vernetzung ist gerade dort hilfreich, wo Kinderwunsch nur „ein Thema“ von vielen ist. Gerade in ländlichen Regionen sind Netzwerke besonders wichtig, weil sie bei der Bewältigung von besonderen Anforderungen (wie sie z. B. auch im Kontext des Kinderwunsches auftreten können) hilfreich sind.

Aufbau von Vernetzungsstrukturen

Abb. 4: Phasen der Vernetzung



Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Schubert (2008: 88)

A) Initiierung und Vorbereitung der Vernetzung

Sofern kein anderer Akteur eine Vernetzung vorantreibt, wird empfohlen, dass im Kontext der Beratung bei Kinderwunsch die **Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen** die Netzwerkarbeit initiieren und vorbereiten. Dabei ist es besonders wichtig, Schlüsselpersonen aus dem medizinischen Bereich und anderen relevanten Berufsfeldern wie z. B. der Psychologie, der Adoptionsvermittlung und der Seelsorge zu gewinnen. Die persönliche Ansprache stellt meist eine erfolgversprechende Methode zu deren Akquirierung dar.

B) Aufbau des Netzwerkes

Idealerweise sind alle relevanten Berufsgruppen und Akteure im Netzwerk vertreten, deren **gemeinsame Schnittmenge** das Thema Kinderwunsch ist.

Auf lokaler Ebene sollten folgende Akteure im Netzwerk aktiv sein:

- Fachkräfte aus den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen
- Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen
- Niedergelassene Urologinnen und Urologen bzw. Androloginnen und Andrologen
- Medizinische Fachkräfte der reproduktionsmedizinischen Praxen
- Praxis- und Labormitarbeiterinnen und -mitarbeiter medizinischer Einrichtungen (sie haben eine wichtige Schlüsselposition im Kontakt mit den Betroffenen!)

- Fachkräfte der Adoptions- und Pflegekindvermittlung
- Psychologische Fachdienste
- Fachkräfte der Seelsorge
- Hebammen
- Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfevereinen
- Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen

Zusätzlich sollte versucht werden, sowohl auf regionaler als auch überregionaler Ebene wichtige Schlüsselfiguren aus der **Politik** und **Verbandsarbeit** für das Netzwerk zu gewinnen. Diese Personen können wichtige Brückenfunktionen zu weiteren relevanten Akteuren bilden und bieten Unterstützungspotenzial bei finanziellen Aspekten und zur Bekanntmachung des Netzwerkes in der Öffentlichkeit.

Für den Aufbau eines Netzwerkes ist dabei die Umsetzung folgender Aspekte empfehlenswert:

- **Gestaltung einer Auftaktveranstaltung:** Es empfiehlt sich, alle potenziellen Akteure zur Veranstaltung einzuladen, um den gegenseitigen Austausch und das Interesse am Netzwerk zu fördern. Zudem weckt eine Auftaktveranstaltung Medieninteresse und somit öffentliches Interesse am Thema.
- **Bestimmung einer Netzwerkkoordinatorin bzw. eines Netzwerkkoordinatoren:** Damit ein Netzwerk dauerhaft funktionieren kann, bedarf es einer geregelten Netzwerkkoordination. Zu den Kernaufgaben der Koordination zählen:
 - die Organisation der Kommunikation im Netzwerk (z. B. Erstellen von Kontaktlisten)
 - die Organisation von Netzwerktreffen in regelmäßigen Abständen (z. B. Versenden von Einladungen)
 - die Koordination und Organisation von Qualitätszirkeln, Fachtagen etc.
 - die Definition von Aufgaben
 - die Organisation einer passenden Aufgabenverteilung unter den Netzwerkpartnern
 - die Repräsentation des Netzwerkes in der allgemeinen und Fachöffentlichkeit
- **Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen (z. B. halbjährlich / jährlich)**
- **Erstellung einer gemeinsamen und verbindlichen Netzwerkvereinbarung:** Hier werden die Ziele und Inhalte, die Koordination sowie die Dauer und Kündigungsvereinbarungen der Kooperation dokumentiert; außerdem werden darin Vereinbarungen zum Datenschutz und der Schweigepflicht getroffen. Im Zuge

der Netzwerkentwicklung und Qualitätssicherung kann die Netzwerkvereinbarung kontinuierlich modifiziert und konkretisiert werden. (Beispiel einer Basis-Kooperationsvereinbarung unter Punkt III.)

C) Verstetigung und Weiterentwicklung des Netzwerkes

Die **Verstetigung** eines Netzwerkes kann zu einer großen praktischen Herausforderung werden, vor allem dann, wenn nach einiger Zeit die innovative und organisatorische Leistungsfähigkeit und der Transfer von Know-how abnehmen oder auch, wenn Finanzen erschöpft sind.

Um ein Netzwerk erfolgreich weiterzuführen, sind die frühzeitige Berücksichtigung folgender Aspekte von Bedeutung (vgl. Elsholz et al. 2006: 37ff.):

- Schaffung von klaren Arbeitsstrukturen
- Etablierung von Routinen
- Dezentralisierung bzw. Aufgabenteilung der Netzwerkarbeit
- Reduktion zu hoher Ansprüche und das Setzen von realisierbaren Zielen sowie eine starke interne Verankerung
- Einbinden von wichtigen Entscheidungsträgern
- Etablierung des Netzwerkes als „Prestige“ für die teilnehmenden Einrichtungen
- Entwicklung von Netzwerk-Outputs (Veranstaltungen, Initiativen) sowie Schaffung von Folgestrukturen (z. B. Aufbau und Pflege einer Homepage)

Netzwerkarbeit benötigt immer Ressourcen, wie Personal, Sachmittel und Finanzen. Da die dauerhafte Finanzierung eines Netzwerkes häufig eine besondere Herausforderung darstellt, werden im Folgenden Möglichkeiten einer finanziellen Verstetigung vorgestellt:

- Mitgliedsbeiträge (Allerdings können diese auch hemmend auf eine Beteiligung am Netzwerk wirken!)
- Akquisition von öffentlichen Fördermitteln
- Zusammenarbeit mit Stiftungen
- Sponsoring und Spenden
- Organisation von Benefizveranstaltungen
- Förderung aus Lotteriemitteln oder aus Bußgeldern (Quilling et al. 2013: 158):
Bei letzteren ist eine Eintragung als gemeinnützige Einrichtung oder als eingetragener Verein in eine Bußgeldliste der Gerichte notwendig – am besten bei mehreren Landes- oder Oberlandesgerichten. Diese kann jährlich erfolgen.

Erfolgsfaktoren für interdisziplinäre Vernetzungsarbeit

Nach Endres (2011, 2012) bilden folgende Bausteine wichtige Kriterien für den Erfolg eines Netzwerkes:

- **Gemeinsame Ziele und Visionen**

- Klarheit über die eigenen Ziele und Visionen
- Austausch über die Ziele und Zukunftsbilder der jeweils anderen
- Herausarbeiten und Erkennen der gemeinsamen Ziele und Zukunftsbilder zwischen der eigenen Einrichtung und den kooperierenden Netzwerkpartnern
- Formulierung gemeinsamer Zielsetzungen und Zukunftsvisionen



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Regelmäßige Treffen, z. B. in Form eines Runden Tisches oder Qualitätszirkels
- Schriftliche Dokumentation des Leitbildes und der Ziele in einer für alle Akteure geltenden Kooperationsvereinbarung

- **Bereitschaft und Fähigkeit zum Perspektivenwechsel**

- Bereitschaft, sich in die Perspektive der Kooperationspartner hineinzuversetzen
- Bewusstwerdung der kulturellen Muster, „in die sowohl eigenes als auch fremdes Handeln und Wissen eingebettet sind“ (Endres 2011)
- Erkennen und Verstehen der berufsspezifischen Besonderheiten und Handlungsstrategien zwischen den Kooperationspartnern



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- gegenseitige Information über Arbeitsmethoden, Handlungsstrategien und berufsspezifische Herausforderungen im Rahmen von regelmäßigen Netzwerktreffen
- Gemeinsame Fallarbeit z. B. in Form von Balintgruppen
- Gegenseitige Hospitationen, um andere Arbeits- und Gesprächskulturen kennenzulernen (vgl. Luetkens 2010)

- **Sich auf Neues einlassen:** Mut und Offenheit für sowie Lust auf Unbekanntes und Akkommodation an die veränderte Situation



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Kritische Reflexion eigener Handlungsabläufe
- Stärkung im eigenen Team suchen oder aufbauen (besonders motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter integrieren)
- Einbeziehung des gesamten Teams, z. B. Brainstorming-Runden, Teamaustausch
- Neue Perspektiven entwickeln und im Team vorstellen

- **Regelmäßige Kontaktpflege**



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Etablierung persönlicher Face-to-face-Kontakte (vor allem in der Anfangsphase von Kooperationen)
- „In-Kontakt-bleiben“: regelmäßige Treffen einführen, Austausch per E-Mail oder Telefon, Newsletter, Hospitationen etc.

- **Gegenseitiges Vertrauen im Netzwerk aufbauen:** Aufbau eines wechselseitigen Vertrauensverhältnisses und Verlässlichkeit darauf, dass Leistungen anderer nicht ausgenutzt werden



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Persönliches Kennenlernen und beständige Kontaktpflege
- Aufstellung gemeinsamer Arbeits- und Kommunikationsregeln, z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung
- Regelmäßige Feedback-Runden

- **Es darf nur Gewinner geben:** Gleich großer Nutzen für alle Beteiligten, Austausch über „Gewinnerwartungen“ und Transparenz des gegenseitigen Nutzens



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Klare Definition der gemeinsamen Zielsetzung z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung
- Transparenz des beruflichen Handlungsfeldes (Wer macht was und wie?)
- Ansprechen von Konkurrenzsituationen
- Klare Abgrenzung der Handlungsbereiche

- **Gemeinsame Kommunikation:** Etablierung einer gemeinsamen „Sprache“ (gleiche Begriffe können in den unterschiedlichen Berufsbereichen unterschiedliche Bedeutungen haben, weshalb eine Verständigung darüber notwendig ist), Etablierung direkter Kommunikationswege, regelmäßiger Austausch



Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis

- Regelmäßige Treffen und kontinuierlicher Austausch, z. B. in Form eines „Runden Tisches“ oder Qualitätszirkels, die für alle Netzwerkpartner verpflichtend sind (z. B. als Regelung im Rahmen der Kooperationsvereinbarung)
- Erstellung und Pflege aktueller Kontakt- und Adresslisten aller Netzwerkpartner
- Erarbeitung gemeinsamer begrifflicher Definitionen z. B. im Rahmen der Kooperationsvereinbarung oder eines Netzwerkkonzeptes

II.3.4 Öffentlichkeitsarbeit

Nach wie vor sind viele betroffene Frauen und Männer mit Kinderwunsch nicht über das Angebot einer psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch informiert. Auch manche medizinischen Fachkräfte kennen das Angebot nicht. Deshalb ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zum Angebot der psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch besonders wichtig (in Anlehnung an Quilling et al. 2013, Franck 2012):

- Zum einen gilt es, eine umfassende Information **über die vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote** für **betroffene Frauen und Männer mit Kinderwunsch** wirksam zu streuen.
- Zum anderen gilt es, die **Fachkräfte** aus verschiedenen relevanten Berufsfeldern wie z. B. aus der Gynäkologie, Urologie, Andrologie und Reproduktionsmedizin sowie aus dem Bereich der Adoptionsvermittlung, der Krankenkassen, Hebammenarbeit und medizinischen und sozialen Verbänden **über die vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote** zu informieren. An der Schnittstelle zwischen Sozialsystem und Gesundheitssystem ist der Austausch von Wissen und Informationen besonders wichtig, damit die verschiedenen Berufsgruppen das Angebot, die Arbeitsweisen, die fachlichen Kompetenzen und Grenzen der jeweiligen anderen Berufsgruppen kennenlernen. Dadurch können Barrieren abgebaut, Kooperationen verbessert und Brücken für Betroffene geschlagen werden, um ihnen eine ganzheitliche Beratung und Behandlung zu ermöglichen.
- Des Weiteren gilt es auch die **allgemeine Öffentlichkeit** für das Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ zu sensibilisieren, Tabus abzubauen und der Angst vor Stigmatisierung bei Kinderlosigkeit entgegenzuwirken.

Gestaltungsmöglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit

- Zu den wichtigen Instrumenten gehören **Pressemeldungen**, -mitteilungen, -ankündigungen, -interviews und -einladungen, z. B. zu Fachtagen, Netzwerkveranstaltungen und anderen Ereignissen. Besonders relevant sind dabei die lokalen Medien wie **Tageszeitungen**, **Wurfsendungen** und das **Lokalradio**.
- Die Präsenz in den **neuen Medien**, insbesondere im Internet, stellt einen weiteren bedeutenden Pfeiler der Öffentlichkeitsarbeit dar. Neue Medien bieten gute Möglichkeiten der Vernetzung, Bündelung und Bereitstellung von Informationen. Es können sowohl die breite Öffentlichkeit, von Kinderlosigkeit Betroffene als auch die Fachöffentlichkeit erreicht werden (vgl. Stehle 2011: 49ff.).

Zum Beispiel:

- Professionelle und aktuelle Webseite der Beratungsstelle und ihrer Kooperationspartner
- Moderierte soziale Netzwerke wie z. B. Facebook oder Twitter
- Präsenz in Foren zum Thema Kinderwunsch sowie in Weblogs
- **Informationsmaterialien**, wie Flyer, Plakate, Berichte und Informationsbroschüren für Fachpublikum und Betroffene sind weitere relevante Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit. Sie dienen der Ankündigung von Veranstaltungen und zur Information.
- **Informationsveranstaltungen**, ein Tag der offenen Tür oder Themen- und Fachtage sprechen verschiedene Zielgruppen an und sind ebenso eine gute Möglichkeit, öffentliche Aufmerksamkeit und Medieninteresse zu wecken. Solche Veranstaltungen erhöhen den Bekanntheitsgrad und fördern ein positives Image. Sie dienen der Vermittlung von Informationen und können als Anlass genommen werden, um persönliche Kontakte zu knüpfen.

Idealerweise werden verschiedene Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit kombiniert und Aktionen zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt (z. B. Timing einer Pressemitteilung vor und nach einer Veranstaltung, die Veröffentlichung und Vorstellung eines Flyers oder einer Informationsbroschüre als Anlass für eine Veranstaltung). Je nach den Gegebenheiten vor Ort, den finanziellen und personellen Ressourcen sowie dem Unterstützungspotenzial von Kooperationspartnern können geeignete Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit gezielt ausgewählt werden.

II.3.5 Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung geht es vor allem darum, die vorhandenen Strukturen und Vorgehensweisen regelmäßig zu reflektieren und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Dabei stehen folgende Fragen und Bereiche im Zentrum qualitätssichernder Maßnahmen (vgl. Stockert / Winterstein: 2009⁸):

A) Ergebnisqualität: Was ist die Zielsetzung?

Als Beispiel für die Zielsetzung einer Kinderwunschberatung kann gelten: Angebot gelingender Beratung für alle Frauen und Männer mit Kinderwunscherfahrungen sowohl unabhängig, ohne und vor medizinischen Kinderwunschbehandlungen als auch während und nach einer Kinderwunschbehandlung.

Zur Umsetzung empfiehlt sich ein kontinuierlicher Zielabgleich:

- Statistische Erfassung der Anmeldungen, stattgefundenen Beratungen und Gruppenangeboten, Dauer der Beratung und Zeitplan der Gruppenangebote sowie der Kontakthäufigkeiten (Beispiel Dokumentation der Beratung bei Kinderwunsch, Dokumentation von Gruppenangeboten unter Punkt III., Abb. 8 und 9)
- Regelmäßige Bewertungen der Angebote durch die Klientinnen und Klienten (Beispiel Instrument zur Erfassung von Beratungsrückmeldungen unter Punkt III., Abb. 10)

B) Prozessqualität: Wie kann diese Zielsetzung erreicht werden und welche Orientierungsmöglichkeiten sind vorhanden bzw. müssen gestaltet werden?

Zur Umsetzung empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Regelmäßige Fallbesprechungen
- Supervision
- Fort- und Weiterbildungen inhaltlicher und methodischer Art
- Dokumentation der Beratung
- Erarbeitung einer Konzeption
- Formulierung klarer Zieldefinitionen

C) Strukturqualität: Wer kann welche Aufgaben übernehmen, welche Qualifikationen sind notwendig, wo und wie kann das Angebot stattfinden, mit wem muss kooperiert werden und welche Netzwerke sind erforderlich?

Zur Umsetzung empfiehlt sich die Reflexion und Anpassung folgender Aspekte:

- Finanzielle und personelle Ausstattung
- Niedrigschwelliger Zugang und bedarfsgerechte Angebote

- Kurzfristige Erreichbarkeit
- Multi- und Interdisziplinarität
- Spezialisierte Qualifikation zur Beratung bei Kinderwunsch
- Regelmäßige Teambesprechungen
- Etablierung geeigneter Kooperationen und Netzwerke
- Öffentlichkeitsarbeit
- Beteiligung an Gremien und Ausschüssen

II.4 Zusammenfassung und Ausblick

Psychosoziale Beratung ist für betroffene Frauen und Männer eine hilfreiche Unterstützung, um mit den emotionalen Belastungen, dem Stress und den zum Teil traumatischen Erfahrungen im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches gelingend umgehen zu können.

Bisher sind die Angebote der psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch vielen ungewollt kinderlosen Frauen und Männern nicht bekannt. Auch jene Paare, welche sich in eine reproduktionsmedizinische Behandlung begeben, werden eher selten auf ergänzende Beratungsangebote hingewiesen.

Um Frauen und Männer mit Kinderwunsch gut erreichen zu können, muss das Beratungsangebot sowohl öffentlich als auch in den relevanten Fachkreisen gut bekannt und niedrigschwellig erreichbar sein. Darüber hinaus müssen die Beratungsfachkräfte über gut fundierte Fachkenntnisse zu allen Themen rund um den Kinderwunsch verfügen und breit vernetzt sein. Eine Vernetzung mit dem medizinischen Bereich ist dabei von besonderer Relevanz.

Für die Zukunft ist anzustreben, dass

- in ganz Bayern über die Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen flächendeckend gut qualifizierte und auf den Kinderwunsch spezialisierte Beratungsangebote kostenfrei, vertraulich, ergebnisoffen und auf Wunsch anonym erreichbar sind;
- die betreuenden Ärztinnen bzw. Ärzte bereits zu einem frühen Zeitpunkt und immer wieder pro-aktiv auf psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote verweisen;
- die Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Thema Kinderwunsch öffentlich bekannter gemacht werden (auch außerhalb reproduktionsmedizinischer Einrichtungen) und eine breite Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung eines sensiblen Umgangs mit ungewollt kinderlosen Paaren etabliert wird;

- alle Fachkräfte der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen in Bayern bereits im Rahmen ihrer Grundqualifizierung ein Basiswissen zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“ erhalten;
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote für Beratungsfachkräfte zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch“ etabliert und gefördert werden.

Die Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da die altersbezogene Infertilität aufgrund der lebenslaufbezogenen Aufschiebung der Familiengründung ansteigt. Noch leben wir in der sogenannten „ersten“ Generation reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten (Kupka 2004: 22). Es ist erst drei Jahrzehnte her, dass das erste Baby nach erfolgreicher künstlicher Befruchtung in Deutschland (in Erlangen im Jahr 1982) geboren wurde. Doch neben den Herausforderungen und Belastungen, welche sich im Kontext der medizinischen Behandlungen ergeben, stellen sich zunehmend auch Fragen in Bezug auf familien-dynamische Aspekte nach erfolgreicher Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Angebote. Vor allem die Aufklärung der Kinder und Familienangehörigen über die Zeugungsgeschichte des Kindes stellt einen wichtigen Beratungsbereich der Zukunft dar.

Gleichzeitig bleibt ein großer Teil der Frauen und Männer dauerhaft kinderlos, ob mit oder ohne Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Angebote. Deshalb ist die Etablierung eines breiten und umfassenden Beratungsangebotes notwendig, das sich an den individuellen Erfahrungen und Bedarfen der Betroffenen orientiert. Dieser Leitfaden will dazu beitragen, die Etablierung von psychosozialen Beratungsangeboten bei Kinderwunsch nachhaltig zu unterstützen.



III. HILFREICHE MATERIALIEN UND INFORMATIONEN

a) Information und Hinweise auf Richt- und Leitlinien

- Richtlinien des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID): www.bkid.de
- (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion 2006: www.bundesaerztekammer.de
- Leitlinie: Diagnostik und Therapie beim wiederholten Spontanabort (Leitlinie AWMF-Nr. 015/050: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-050.html>)

b) BZgA-Information zu Qualifizierungsangeboten

- <https://www.qualifizierung.sexualaufklaerung.de>

c) Information zur Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“

- <http://www.informationsportal-kinderwunsch.de>

d) Informationsflyer

- Beispiel eines Informationsflyers zum Thema „Kinderwunsch – was tun?“ (siehe Abb. 6 und 7)

e) Instrumente zur Dokumentation

- Beispiel Dokumentation der Beratung bei Kinderwunsch: Einzel- und Paarberatungen (siehe Abb. 8)
- Beispiel Dokumentation von Gruppenangeboten (siehe Abb. 9)
- Beispiel Instrumente zur Erfassung von Beratungsrückmeldungen (Einzel- und Paarberatungen sowie Gruppenangebote) (siehe Abb. 10 und 11)

f) Kooperationsvereinbarung

- Beispiel einer Basis-Kooperationsvereinbarung aus dem Netzwerk Kinderwunsch Amberg (siehe Abb. 12)

g) Logo

- Beispiel eines Logos aus dem Netzwerk Kinderwunsch Amberg: Das Logo kann als Vorlage dienen und ist für andere Städte / Regionen anpassbar.



Abb. 5: Logo „Netzwerk Kinderwunsch Amberg“

Abb. 6: Informationsflyer aus dem SARA-Projekt – Vorderseite

Wann wende ich mich an die Krankenkasse?

Was muss ich beachten?

Der Leistungsumfang bei einer Kinderwunschbehandlung ist je nach Krankenkasse unterschiedlich.

Für die gesetzlichen Krankenkassen sind die Anspruchsvoraussetzungen und der Leistungsumfang in § 27a SGB V geregelt, jedoch können die einzelnen Kassen auf Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V ihre Leistungen auch ausweiten.

Fragen Sie deshalb bei Ihrer Krankenkasse nach, welche zusätzlichen Leistungen angeboten werden.

In der Regel müssen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch **die Hälfte der Behandlungskosten selbst bezahlen**.

Allerdings müssen auch für die 50% Kostenübernahme durch die Krankenkassen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- ärztliche Feststellung der Unfruchtbarkeit
- attestierte Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung
- ausschließliche Verwendung von Ei- und Spermazellen der Ehepartner
- vorherige medizinische wie psychosoziale Beratung
- das Paar muss verheiratet sein
- kein Partner darf jünger als 25, die Frau nicht älter als 40 und der Mann nicht älter als 50 Jahre sein
- die Behandlung muss in einer dafür zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden

Vor Beginn der Behandlung müssen die Partner einen detaillierten Behandlungsplan bei der Kasse einreichen. Er listet die ärztliche Diagnose, die geplante Fruchtbarkeitsbehandlung, die Anzahl der geplanten Behandlungen und die voraussichtlichen Kosten auf.

Private Krankenkassen unterscheiden sich in ihrem Leistungsangebot meist stark von den gesetzlichen Kassen. Dabei gilt in der Regel das „Versicherungsprinzip“. Nach diesem Prinzip übernimmt die Versicherung desjenigen Partners die anfallenden Behandlungskosten, bei dem eine Beeinträchtigung der Fertilität diagnostiziert wurde. Komplizierte Abrechnungen entstehen meist dann, wenn bei beiden Partnern mit unterschiedlicher Versicherungszugehörigkeit Fertilitätsstörungen festgestellt wurden.

Informieren Sie sich deshalb frühzeitig über die Möglichkeiten und Details der Kostenübernahme.

Was kann die Beratungsstelle für mich tun?

Die Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen von Donum Vitae bietet Beratung und Unterstützung für Paare mit Kinderwunsch

- **vor der Kinderwunschbehandlung:** Wir unterstützen Sie bei der Klärung wichtiger Fragen wie z.B.: Was bedeutet ein Kind für mich und unsere Partnerschaft? Welche Behandlungsmethoden kommen für uns überhaupt in Frage? Wo sind unsere Grenzen bei der Behandlung?
- **während der Wartezeit auf das Behandlungsergebnis:** Wenn Sie verunsichert sind, sich belastet fühlen oder Angst vor dem Ergebnis haben, bieten wir Ihnen kompetente Ansprechpartner und Austausch an.
- **nach dem Ausbleiben einer Schwangerschaft:** Wir versuchen, mit Ihnen einen Weg durch diese schwere Phase zu finden, geben Zeit und Raum für Ihre Trauer, schauen gemeinsam, wie es weitergehen könnte und wer oder was Sie dabei am besten unterstützen kann.
- **wenn keine weiteren Kinderwunschbehandlungen mehr möglich sind oder keine weiteren Behandlungen gewünscht sind:** Wir unterstützen Sie beim Abschiednehmen von diesem Wunsch und erarbeiten mit Ihnen neue Perspektiven und Alternativen.
- **wenn eine Schwangerschaft entstanden ist:** Bei allen Fragen, die sich für Sie in der Zeit der Schwangerschaft stellen (z.B. Pränataldiagnostik), sind wir ebenso für Sie da wie in der ersten Zeit nach der Schwangerschaft. Wir bieten Unterstützung bei allen lebenspraktischen und finanziellen Fragen.

Neben Einzel- und Paargesprächen besteht die Möglichkeit, sich in begleiteten Frauen- und Paargruppen mit anderen Betroffenen auszutauschen.

Unsere Beratung ist vertraulich und kostenlos.

Kontakt:
DONUM VITAE AMBERG
Scheinfeldstraße 4
92224 Amberg
Telefon: 0921 – 973966
E-Mail: amberg@donum-vitae-bayern.de



Gefördert durch



Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration



Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg

Kinderwunsch – was tun?

Wer sind meine Ansprechpartner?

Allgemeine Information zum unerfüllten Kinderwunsch, den Behandlungs- und Beratungsangeboten



Abb. 7: Informationsflyer aus dem SARA-Projekt – Rückseite

Wann wende ich mich an meine Frauenärztin bzw. meinen Frauenarzt?

Ihre niedergelassene gynäkologische Praxis ist für Paare der erste Ansprechpartner bei allen Fragen rund um den Kinderwunsch. Während die Männer sich immer auch beim Andrologen/Urologen vorstellen sollten, finden in der gynäkologischen Praxis folgende Untersuchungen statt, die für die Erfüllung Ihres Kinderwunsches relevant sein können:

Routineuntersuchungen

- Krebsvorsorge
- Kontrolle des Impfschutzes (eventuell Auffrischungsimpfungen)

Abklärung von Auffälligkeiten, wie z.B. Schilddrüsenstörungen, Entzündungen, Krankheiten etc.

Bestimmung des Hormonstatus: Um den Hormonablauf innerhalb eines Zyklus bestimmen zu können, werden an festen Tagen Blutentnahmen und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt:

- Blutentnahmen: zwischen 3. und 5. Zyklustag, um den 9. Zyklustag sowie zwischen 20. und 24. Zyklustag
- Ultraschall: um den 9. Zyklustag

Mit Hilfe der Untersuchungsergebnisse können gezielte Schritte zur Förderung der Fruchtbarkeit eingeleitet werden.

Sie erhalten Beratung

- zu allen Fragen rund um den Kinderwunsch
- zum Ernährungs- und Gesundheitsverhalten
- zum Zusammenhang von eventuellen Krankheiten, Medikamenteneinnahme und Fruchtbarkeit
- bei Belastungen, Ängsten und Sorgen rund um den Kinderwunsch

Die Praxis kooperiert

- mit speziellen Kinderwunschzentren
- mit begleitenden Beratungsangeboten zum Kinderwunsch

Fragen Sie Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt, welche Angebote es in Ihrer Nähe gibt!

Warum gehe ich zum Urologen bzw. Andrologen?

Andrologie ist die Lehre von den Fortpflanzungsfunktionen des Mannes und deren Störungen. Zentrale Themen der Andrologie sind:

- Störungen der Zeugungsfähigkeit
- Störungen der Hormonbildung im Hoden
- Störungen der Erektionsfähigkeit
- die männliche Verhütung
- die Alterungsprozesse des Mannes

Bei 30% der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch liegt die Ursache in männlichen Funktionsstörungen, bei weiteren 50% ist der Mann ursächlich mitbeteiligt.

Was kann der Androloge bzw. Urologe für Sie tun?

- Abklärung der männlichen Fertilität (Zeugungsfähigkeit)
- Untersuchung des Urogenitals (Harn- und Geschlechtsorgane) und der männlichen Brust
- Ultraschall, Urin, Labor (inklusive Analyse der Hormone)
- Spermogramm (Beurteilung der Samenqualität)
- Diagnostik genetischer Erkrankungen
- Ausschluss von Infektionen
- Beratung und Behandlung von Sexualstörungen
- Behandlung von Störungen der Erektion (Potenz), der Libido (Lust) und des Samenverlustes
- Operative Verfahren zur Verbesserung der Fertilität (Behandlung von Krampfadern am Hoden; Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit nach Sterilisation; Öffnung des blockierten Samenweges TURED)
- Hodenbiopsie, TESE, MESA (operative Gewinnung von Gewebe bzw. Spermien aus Hoden und Nebenhoden) zur künstlichen Befruchtung, zum Tumorausschluss
- Vasektomie (Verhütungsoption nach abgeschlossener Familienplanung)

Außerdem: Auch urologische bzw. andrologische Praxen kooperieren mit speziellen Kinderwunschzentren und spezialisierten Beratungsfachkräften.

Wann wende ich mich an die reproduktionsmedizinische Einrichtung?

Die Basisuntersuchungen für die Frau werden normalerweise in einer gynäkologischen Praxis, für den Mann in der urologischen/andrologischen Praxis durchgeführt. Je nach Einschätzung Ihrer betreuenden Ärztin/Ihres betreuenden Arztes erfolgt dann die Überweisung in eine Schwerpunktpraxis für Reproduktionsmedizin. Hier werden alle bisher erhobenen Befunde gesichtet. Eventuell werden noch Zusatzuntersuchungen veranlasst.

Das Kinderwunschzentrum berät das Paar über mögliche Therapieformen und unterstützt das Paar gegebenenfalls dabei, die erforderlichen Anträge zur Kostenübernahme bei den Krankenkassen zu stellen.

Folgende Therapiemöglichkeiten stehen bei den einzelnen Funktionsstörungen zu Verfügung:

Bei Störungen der Eizellreifung und der zweiten Zyklusphase:

- medikamentöse Stimulation der Eierstöcke, Auslösen eines Eisprunges, Unterstützung der zweiten Zyklusphase mit Progesteron

Bei Einschränkungen der Samenqualität:

- Insemination (Aufbereitung des Samens mit anschl. Einbringung direkt in die Gebärmutter), mit oder ohne vorherige Stimulation des Eizellwachstums

Bei gravierender Einschränkung der Samenqualität, bei Verschluss der Eileiter oder unklarer Ursache der Kinderlosigkeit:

- Durchführung einer IVF-Therapie (= In-vitro-Fertilisation, eine Form der künstlichen Befruchtung: Eizellen werden nach Förderung des Wachstums entnommen und im Labor in einer Kulturschale mit aufbereiteten Spermien des Partners zusammengeführt. Die Spermien müssen, im Unterschied zur ICSI, selbst in die Eizelle eindringen.)
- Durchführung einer ICSI-Behandlung (= Intracytoplasmatische Spermieninjektion, eine Form der künstlichen Befruchtung mit direkter Einbringung eines Spermiums in die Eizelle.)
- Durchführung einer Natural-IVF/ICSI-Behandlung (d.h., es erfolgt keine Wachstumsstimulation der Eizellen; die natürlich gewachsene Eizelle wird entnommen und nur diese eine Eizelle wird mit einem Spermium im Labor befruchtet.)

Während der Behandlung kooperiert die Schwerpunktpraxis mit Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt bzw. Urologin/Urologen sowie spezialisierten Beratungsfachkräften.





Nach Feststellung einer Schwangerschaft erfolgt zwingend die weitere Betreuung durch die Frauenärztin/den Frauenarzt der Patientin.


Abb. 8: Beispiel Dokumentation – Einzel- und Paarberatungen

DOKUMENTATION - Einzel- oder Paarberatung

Beratungsfachkraft:

I. Rahmenangaben

Datum 	Dauer des Kontaktes (in Minuten) 
Kontaktform 1 <input type="checkbox"/> persönlich  2 <input type="checkbox"/> telefonisch 3 <input type="checkbox"/> per E-Mail 4 <input type="checkbox"/> Internetforum	Ort der Beratung: 1 <input type="checkbox"/> Beratungsstelle 2 <input type="checkbox"/> Reproduktionsmedizinisches Zentrum 3 <input type="checkbox"/> anderer Ort, und zwar: 

Erst- oder Folgeberatung	<input type="checkbox"/> Erstberatung <input type="checkbox"/> Folgeberatung
Art der Beratung / Teilnehmer an der Beratung <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>	
<input type="checkbox"/> Einzelberatung, und zwar mit: <input type="checkbox"/> Paarberatung, und zwar mit:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> sonstige Personen (z.B. Kinder, Verwandte, andere Fachkräfte, gleichgeschlechtliche Partnerin bzw. Partner) und zwar: 


Alter – Frau (falls bekannt)	Alter – Mann / Partnerin (falls bekannt)
_____ Jahre	_____ Jahre

Nationalität	Frau	Mann (bzw. Partnerin)
	1 <input type="checkbox"/> Deutsch	1 <input type="checkbox"/> Deutsch
	2 <input type="checkbox"/> andere Nationalität und zwar,	2 <input type="checkbox"/> andere Nationalität und zwar,
	8 <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	8 <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

Familienstand - Frau		Familienstand – Mann/Partnerin	
1 <input type="checkbox"/> Verheiratet 2 <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft 3 <input type="checkbox"/> Geschieden 4 <input type="checkbox"/> Verwitwet 5 <input type="checkbox"/> Ledig 8 <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	Und zwar : 1 <input type="checkbox"/> mit Partner/in zusammenlebend 2 <input type="checkbox"/> in Beziehung, aber separat lebend 3 <input type="checkbox"/> allein / getrennt lebend	1 <input type="checkbox"/> Verheiratet 2 <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft 3 <input type="checkbox"/> Geschieden 4 <input type="checkbox"/> Verwitwet 5 <input type="checkbox"/> Ledig 8 <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	Und zwar : 1 <input type="checkbox"/> mit Partner/in zusammenlebend 2 <input type="checkbox"/> in Beziehung, aber separat lebend 3 <input type="checkbox"/> allein / getrennt lebend

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	Frau	Mann (bzw. Partnerin)
Geht noch zur Schule	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Keinen Schulabschluss	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Realschulabschluss / Mittlere Reife	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Abitur / Fachabitur	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sonstiger Abschluss, und zwar:	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Abschluss nicht bekannt	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Wenn Abschluss nicht bekannt, welchen Eindruck haben Sie?				
Der Bildungsstand der Frau ist	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> eher hoch	<input type="checkbox"/> eher niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig
Der Bildungsstand des Mannes (bzw. der Partnerin) ist	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> eher hoch	<input type="checkbox"/> eher niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig

Die Teilnehmenden haben durch folgende Personen, Institutionen oder Medien von dem Angebot der psychosozialen Beratung erfahren:	
<input type="checkbox"/> Fachkraft und zwar von: (bitte Berufsbezeichnung angeben)	<input type="checkbox"/> Hinweis im Internet
	<input type="checkbox"/> Hinweis in der Zeitung
<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/> Hinweis auf einem Flyer oder Poster
<input type="checkbox"/> andere Frauen bzw. Männer mit Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
<input type="checkbox"/> Anderes und zwar: 	

II. Biographische Angaben

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar in der SSW	<input type="checkbox"/> Nein


Leben bereits Kinder in der Familie?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar ein oder mehrere <input type="checkbox"/> gemeinsam gezeugte Kinder <input type="checkbox"/> adoptierte Kinder <input type="checkbox"/> Kinder aus früheren Beziehungen	<input type="checkbox"/> Nein


Wird aktuell eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Ja , und zwar Erfolgt sie im Ausland? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja , und zwar in: 	<input type="checkbox"/> Nein , ist aber bereits geplant und zwar 	<input type="checkbox"/> Nein , es stehen zur Zeit auch keine konkreten Überlegungen dazu an.


Gab es bereits frühere reproduktionsmedizinische Behandlungszyklen?	
<input type="checkbox"/> Ja , und zwar <input type="text"/> (Häufigkeit) Behandlungszyklen	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja: Welche der folgenden Behandlungen wurden bereits durchgeführt: <div style="text-align: right;">Wie häufig?</div>	
↓	
Wenn Ja: Erfolgte darauf hin eine Schwangerschaft? <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>	
<input type="checkbox"/> Ja , und zwar mit einer <input type="checkbox"/> Lebendgeburt <input type="checkbox"/> Fehl- oder Totgeburt	Anzahl: <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal <input type="checkbox"/> Nein


Gibt es bereits eine Diagnose, die erklärt, warum das Paar bisher ungewollt kinderlos blieb?				
Unfruchtbarkeit <input type="checkbox"/> der Frau und / oder <input type="checkbox"/> des Mannes	<input type="checkbox"/> ungeklärte Ursache	<input type="checkbox"/> es wurde noch keine medizinische Diagnose gestellt	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/> weiß nicht

III. Beratungsinhalt


Angebener Beratungsanlass


Welche Themen waren in der Beratung von besonderem Interesse:	
<i>Mehrfachnennungen möglich!</i>	
<input type="checkbox"/> Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktionsmedizin	<input type="checkbox"/> Umgang mit emotionalen Belastungen
<input type="checkbox"/> Behandlungsmöglichkeiten der Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> frühere Schwangerschaftserfahrungen
<input type="checkbox"/> mögliche Ursachen von Kinderlosigkeit	<input type="checkbox"/> Adoption oder Pflegschaft
<input type="checkbox"/> finanzielle Aspekte der Kinderwunschbehandlung	<input type="checkbox"/> ethische oder religiöse Aspekte
<input type="checkbox"/> Kinderwunschbehandlung im Ausland	<input type="checkbox"/> gesetzliche Regelungen
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen medizinischer Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/> alternative Lebensperspektiven im Hinblick auf ein Leben ohne Kind
<input type="checkbox"/> Abschluss / Beendigung der Kinderwunschbehandlung	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: 
<input type="checkbox"/> Umgang mit Belastungen in der Partnerschaft

Wichtigste Hilfen der Beratung waren	Mehrfachnennungen möglich!
<input type="checkbox"/> Unterstützung in der Stressbewältigung	
<input type="checkbox"/> Stärkung der Kommunikation innerhalb der Paarbeziehung	
<input type="checkbox"/> Stärkung der Kommunikation zwischen den Betroffenen und den medizinischen Fachkräften	
<input type="checkbox"/> emotionale Unterstützung im Umgang mit der persönlichen Situation	
<input type="checkbox"/> Umgang mit Misserfolgen	
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Suche nach Alternativen	
<input type="checkbox"/> Entscheidungshilfen	
<input type="checkbox"/> Trauerarbeit	
<input type="checkbox"/> Unterstützung im Abschiednehmen von der Vorstellung ein eigenes Kind auszutragen / zu zeugen	
<input type="checkbox"/> Vermittlung an andere Unterstützungsangebote	
<input type="checkbox"/> Informationsangebot	
<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: 	

Wichtigste methodische Aspekte der Beratungsarbeit waren


Wurde ein weiterer Beratungstermin vereinbart?
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar in Tagen <input type="checkbox"/> Nein

Besonderheiten / Anmerkungen


ENDE

Abb. 9: Beispiel Dokumentation – Gruppenangebote

DOKUMENTATION – Gruppenangebot zum Thema Kinderwunsch

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

Name

Titel des Angebotes:

Angebotstitel

Datum 	Dauer des Angebotes (in Minuten)
Ort 1 <input type="checkbox"/> Beratungsstelle 2 <input type="checkbox"/> reproduktionsmedizinisches Zentrum 3 <input type="checkbox"/> anderer Ort, und zwar:	Form des Angebotes 1 <input type="checkbox"/> offene Gruppe 2 <input type="checkbox"/> feste Gruppe 1 <input type="checkbox"/> mit Anmeldung 2 <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung

Art des Angebotes☐ Einzelveranstaltung☐ Kurs bzw. Veranstaltungsreihe mit insgesamt Terminen/TreffenDiese Dokumentation bezieht sich auf den (z.B. ersten, zweiten, dritten etc.) Termin davon.☐ fortlaufendes Angebot☐ Das fortlaufende Angebot findet regelmäßig in einem Abstand von Wochen statt.☐ Das Angebot findet unregelmäßig, ca. -mal im Jahr statt.☐ Blockveranstaltung über Tage**An wen richtet sich das Angebot?**

- 1 ☐ speziell an Frauen
 2 ☐ speziell an Männer
 3 ☐ speziell an Paare
 4 ☐ an alle Interessierten
 5 ☐ an Fachkräfte und zwar



.....

**Handelt es sich dabei um eine spezielle Themen-
gruppe?**☐ Ja, und zwar zum Thema

.....

☐ Nein**Das Angebot wurde durchgeführt von:**

Fachkraft / Fachkräfte

Anzahl weiblich:

Anzahl männlich:


Berufsbezeichnung:

.....


.....

Wie viele Frauen oder Männer haben an diesem Termin teilgenommen?			
Anzahl Frauen:	<input type="text"/>	Wenn genaue Anzahl nicht bekannt, dann bitte schätzen: →	geschätzte Anzahl Frauen: ca. <input type="text"/>
	(genaue Anzahl)		(geschätzte Anzahl)
Anzahl Männer:	<input type="text"/>	Wenn genaue Anzahl nicht bekannt, dann bitte schätzen: →	geschätzte Anzahl Männer: ca. <input type="text"/>
	(genaue Anzahl)		(geschätzte Anzahl)

Auf wie viele Teilnehmerinnen und / oder Teilnehmer treffen folgende Merkmale zu?							
Folgende Merkmale treffen zu auf:	alle	den Großteil	etwa die Hälfte	einen kleinen Anteil	keinen	falls bekannt, genaue Anzahl eintragen:	weiß nicht
hoher oder eher hoher Bildungsstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
finanziell gut oder eher gut gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
in einer festen Beziehung lebend (z.B. verheiratet oder Lebenspartnerschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
gut oder eher gut über die Chancen und Risiken reproduktionsmedizinischer Behandlung informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderwunsch besteht bereits länger als 5 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Kinderwunschbehandlungen wurden <u>noch nicht</u> in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
in einer schweren Lebenskrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
emotional gefestigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Unterstützungsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
großer Gesprächsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
von dem betreuenden Arzt / der Ärztin an das Angebot verwiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Themen waren von besonderem Interesse:		Mehrfachnennungen möglich!
<input type="checkbox"/> Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktionsmedizin	<input type="checkbox"/> Umgang mit emotionalen Krisensituationen	
<input type="checkbox"/> Behandlungsmöglichkeiten der Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> frühere Schwangerschaftserfahrungen	
<input type="checkbox"/> mögliche Ursachen von Kinderlosigkeit	<input type="checkbox"/> Adoption oder Pflegschaft	
<input type="checkbox"/> finanzielle Aspekte der Kinderwunschbehandlung	<input type="checkbox"/> ethische oder religiöse Aspekte	
<input type="checkbox"/> Kinderwunschbehandlung im Ausland	<input type="checkbox"/> gesetzliche Regelungen	
<input type="checkbox"/> Nebenwirkungen medizinischer Behandlungsverfahren	<input type="checkbox"/> alternative Lebensperspektiven im Hinblick auf ein Leben ohne Kind	
<input type="checkbox"/> Abschluss / Beendigung der Kinderwunschbehandlung	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: 	
<input type="checkbox"/> Umgang mit Belastungen in der Partnerschaft		


Merkmale der Gruppendynamik				
	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Die Teilnehmenden brachten sich gut ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppe war sehr interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppenatmosphäre war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab Kommunikationsschwierigkeiten zwischen einzelnen Teilnehmenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kommunikation zwischen den Teilnehmenden und der Gruppenleitung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die einzelnen TeilnehmerInnen hatten sehr unterschiedliche Anliegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gab es während der Durchführung des Angebotes Störungen oder Schwierigkeiten?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar folgende:	
<input type="checkbox"/> Nein	

Welchen Eindruck haben Sie hinsichtlich der Zufriedenheit der TeilnehmerInnen?				
Die TeilnehmerInnen waren ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
mit den Inhalten des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Verlauf des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen Eindruck haben Sie hinsichtlich der Zufriedenheit der TeilnehmerInnen?				
Die TeilnehmerInnen waren ...	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher unzu- frieden	sehr unzu- frieden
mit der Gruppenleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Gruppenkonstellation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie als Gruppenleiterin / Gruppenleiter?				
Ich selbst bin ...	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher unzu- frieden	sehr unzu- frieden
mit den Rahmenbedingungen, unter welchen das Angebot stattfand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Verlauf des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Gruppendynamik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>falls das Angebot zusammen mit anderen Fachkräften durchgeführt wurde:</i> mit der Kooperation der anderen Fachkraft / Fachkräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten / Anmerkungen



ENDE


Abb. 10: Beispiel Instrument zur Erfassung einer Rückmeldung – Einzel- und Paarberatung

RÜCKMELDUNG zu einer Paar- oder Einzelberatung zum Thema Kinderwunsch

Diese Rückmeldung bezieht sich auf die Beratung vom:		Datum <input style="width: 100px;" type="text"/>
Zu Ihrer Person:		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann	
Nationalität	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere Nationalität, und zwar, 	
Alter	Jahre	
Familienstand	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> 1 <input type="checkbox"/> Verheiratet 2 <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft 3 <input type="checkbox"/> Geschieden 4 <input type="checkbox"/> Verwitwet 5 <input type="checkbox"/> Ledig </div> <div style="flex: 1; font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> <div style="flex: 1;"> Und zwar : 1 <input type="checkbox"/> mit Partner/in zusammenlebend 2 <input type="checkbox"/> in Beziehung, aber separat lebend 3 <input type="checkbox"/> allein / getrennt lebend </div> </div>	
Bildungsabschluss	1 <input type="checkbox"/> Gehe noch zur Schule 2 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss 3 <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss 4 <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife 5 <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur 6 <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss, und zwar: 	
Ihre finanzielle Situation lässt sich beschreiben als ...		
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schwierig <input type="checkbox"/> sehr schwierig		
Inanspruchnahme medizinischer Kinderwunschbehandlungen		
<input type="checkbox"/> Ich habe noch keine medizinische Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen.		
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen in Anspruch genommen, und zwar:		
Häufigkeit:		
<input type="checkbox"/> nur Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Insemination <input type="checkbox"/> Insemination mit Samenspende <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: 	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal </div> <div style="flex: 1; font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> </div>	Erfolgten davon Behandlungen im Ausland? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja , und zwar folgende Behandlungen in diesem Land / folgenden Ländern:
Erfolgte darauf hin eine Schwangerschaft? <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ja, und zwar mit einer <input type="checkbox"/> Lebendgeburt <input type="checkbox"/> Fehl- oder Totgeburt </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> Anzahl: <input type="text"/> -mal <input type="text"/> -mal </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Nein </div> </div>		

Bitte beurteilen Sie das Beratungsgespräch aus Ihrer persönlichen Perspektive:				
Mir hat besonders gut gefallen ...	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Zeit und Raum für das Thema Kinderwunsch zu haben				
die Gesprächsatmosphäre				
die Kompetenz der Beratungsfachkraft				
der Ort, an dem das Gespräch stattfand				
die Tageszeit, zu welcher das Gespräch stattfand				
das Informationsangebot während des Gespräches				
Das Gespräch hat mir emotional sehr gut getan.				
Das Gespräch hat mich eher verunsichert.				
Die Beratung empfand ich als sehr hilfreich.				
Meine Erwartungen wurden voll und ganz erfüllt.				
Ich würde gerne eine weitere Beratung in Anspruch nehmen.				
Ich würde die Beratung anderen Frauen bzw. Männern mit Kinderwunsch weiterempfehlen.				

Welche Aspekte der Beratung fanden Sie besonders hilfreich?		Mehrfachnennungen möglich!
<input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Entscheidungshilfen <input type="checkbox"/> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/> Zeit und Raum für das Ansprechen des Themas Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: 	

Von wem wurden Sie über das Angebot informiert?		Mehrfachnennungen möglich!
<input type="checkbox"/> Fachkraft, und zwar: (bitte Berufsbezeichnung angeben)	<input type="checkbox"/> Hinweis im Internet <input type="checkbox"/> Hinweis in der Zeitung	
<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/> Hinweis auf einem Flyer oder Poster	
<input type="checkbox"/> andere Frauen bzw. Männer mit Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Anderes und zwar: 	

Welche Verbesserungsvorschläge für das Beratungsangebot bzw. welche Änderungswünsche haben Sie?


ENDE

Abb. 11: Beispiel Instrument zur Erfassung einer Rückmeldung – Gruppenangebot

RÜCKMELDUNG zum Gruppenangebot			
Diese Rückmeldung bezieht sich auf das Gruppenangebot vom:			Datum <input style="width: 100px;" type="text"/>
Zu Ihrer Person:			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann		
Nationalität	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere Nationalität, und zwar, 		
Alter	Jahre <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Familienstand	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> 1 <input type="checkbox"/> Verheiratet 2 <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft 3 <input type="checkbox"/> Geschieden 4 <input type="checkbox"/> Verwitwet 5 <input type="checkbox"/> Ledig </div> <div style="flex: 1; font-size: 3em; line-height: 1; padding: 0 10px;">}</div> <div style="flex: 1;"> Und zwar : 1 <input type="checkbox"/> mit Partner/in zusammenlebend 2 <input type="checkbox"/> in Beziehung, aber separat lebend 3 <input type="checkbox"/> allein / getrennt lebend </div> </div>		
Bildungsabschluss	1 <input type="checkbox"/> Gehe noch zur Schule 2 <input type="checkbox"/> keinen Schulabschluss 3 <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss 4 <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife 5 <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur 6 <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss, und zwar: 		
Ihre finanzielle Situation lässt sich beschreiben als ...			
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schwierig <input type="checkbox"/> sehr schwierig			
Inanspruchnahme medizinischer Kinderwunschbehandlungen			
<input type="checkbox"/> Ich habe noch keine medizinische Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen.			
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen in Anspruch genommen, und zwar:			
Häufigkeit:			
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> nur Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Insemination <input type="checkbox"/> Insemination mit Samenspende <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal </div> <div style="flex: 1;"> Erfolgten davon Behandlungen im Ausland? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar folgende Behandlungen in diesem Land / folgenden Ländern: </div> </div>			
Erfolgte darauf hin eine Schwangerschaft? <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>			
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Ja, und zwar mit einer <input type="checkbox"/> Lebendgeburt <input type="checkbox"/> Fehl- oder Totgeburt </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;"> Anzahl: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> -mal </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Nein </div> </div>			

Bitte beurteilen Sie das Gruppenangebot aus Ihrer persönlichen Perspektive:				
An dem Angebot hat mir besonders gut gefallen ...	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
die Auswahl der Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Gespräche in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Gruppenzusammensetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Gruppenatmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Kompetenz der leitenden Fachkraft bzw. Fachkräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ort, an dem das Angebot stattfand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Verlauf des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Tageszeit, zu welcher das Angebot stattfand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Gruppentreffen hat mir emotional sehr gut getan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Gruppentreffen hat mich eher verunsichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab einzelne Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer, die ich als störend erlebt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne an einem weiteren Gruppentreffen teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppenform hat mir nicht zugesagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Treffen empfand ich als sehr hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde das Treffen anderen Frauen bzw. Männern mit Kinderwunsch weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Aspekte des Gruppentreffens fanden Sie für sich besonders hilfreich? <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>	
<input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Entscheidungshilfen <input type="checkbox"/> emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/> Austausch mit „Gleichgesinnten“ <input type="checkbox"/> Zeit und Raum für das Ansprechen des Kinderwunsches	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar:

Mir persönlich würde ein Angebot gut tun, das sich auf folgende Aspekte bezieht:

Von wem wurden Sie über das Angebot informiert? <i>Mehrfachnennungen möglich!</i>	
<input type="checkbox"/> Fachkraft, und zwar: (bitte Berufsbezeichnung angeben)	<input type="checkbox"/> Hinweis im Internet <input type="checkbox"/> Hinweis in der Zeitung
<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte	<input type="checkbox"/> Hinweis auf einem Flyer oder Poster
<input type="checkbox"/> andere Frauen bzw. Männer mit Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> anderes und zwar:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Abb. 12: Vorlage einer Basis-Kooperationsvereinbarung

KOOPERATIONSVEREINBARUNG

für die Teilnahme am Netzwerk Kinderwunsch Amberg

Teilnehmerin / Teilnehmer

Name der Praxis / Klinik / Beratungsstelle etc.

.....

vertreten durch (Name, Vorname / Funktion)

.....



Präambel

Aus dem SARA-Modellprojekt „Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch“ (2010 - 2013) hat sich das Netzwerk Kinderwunsch Amberg entwickelt. Das Netzwerk nimmt sich dem Thema „ungewollte Kinderlosigkeit“ an und will im Kontext seiner Kooperationen eine umfassende und interdisziplinäre Beratung und Unterstützung für Frauen und Männer mit Kinderwunsch fördern.

Die Gründung einer eigenen Familie ist für viele Menschen selbstverständlicher Teil ihrer Lebensplanung. In Deutschland leidet jedoch ungefähr jedes zehnte Paar unter Infertilitätserscheinungen (vgl. Hämmerli, Znoj, Berger 2009¹: 111). Dabei liegen die Ursachen einer ungewollten Kinderlosigkeit meist entweder in organischen Störungen und Fehlfunktionen oder gründen in einer altersbedingten Abnahme der Fertilität. Psychische Faktoren sind entgegen dem Glauben vieler als Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch eher selten bestimmend; häufig treten sie aber als eine Folge der ungewollten Kinderlosigkeit bzw. der Strapazen im Kontext medizinischer Kinderwunschbehandlungen auf (vgl. Wischmann 2008²: 35f; Kowalcek, Rohde, Kentenich 2007³: 159). Ein unerfüllter Kinderwunsch kann als große Belastung erlebt werden oder sogar eine schwere Lebenskrise auslösen. Im Verlauf erfolgloser medizinischer Kinderwunschbehandlungen können prekäre emotionale Notlagen im Erleben der Frauen und Männer auftreten.

Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Modellprojektes „SARA“ in Form einer Zusammenarbeit zwischen Fachkräften der Schwangerschaftsberatung, medizinischen Experten und der wissenschaftlichen Begleitung (Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg) das Netzwerk Kinderwunsch Amberg gegründet. Es soll als interdisziplinäres Netzwerk die bedarfsgerechte Unterstützung von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch fördern und ein sowohl medizinisch als auch psychosozial gutes Beratungsangebot sicherstellen.

1 Hämmerli, K.; Znoj, H.; Berger, T. (2009): Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2009; 6 (3), 111-115.

2 Wischmann, T. (2008): Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In: Kleinschmidt, D.; Thorn, P.; Wischmann, T.: *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. (31-36). Stuttgart: Kohlhammer.

3 Kowalcek, I.; Rohde, A.; Kentenich, H. (2007): *Psychologie des Kinderwunschpaares*. In: Felberbaum, R. E.; Bühler, K.; van der Ven, H.: *Das deutsche IVF-Register 1996-2006*. (157-166). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

§ 1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Netzwerk Kinderwunsch Amberg

Alle interessierten Fachkräfte und Einrichtungen aus der Region Amberg - Weiden, die im beruflichen Alltag mit Themen rund um den Kinderwunsch zu tun haben, können dem Netzwerk beitreten. Über Anträge auf Aufnahme in das Netzwerk entscheidet die Netzwerkkoordinatorin bzw. der Netzwerkkoordinator. Ablehnungen müssen schriftlich begründet und bei der Jahresversammlung erklärt werden. Bei einer Ablehnung hat die interessierte Einrichtung bzw. Fachkraft Recht auf eine Anhörung vor allen anwesenden Netzwerkteilnehmern während der Jahresversammlung und kann wiederholt um Aufnahme durch einfache Mehrheit der anwesenden Stimmen bitten.

Die an dem Netzwerk beteiligten Einrichtungen benennen immer eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner und teilen diesen Namen, die entsprechenden Kontaktdaten sowie spätere Änderungen der Netzwerkkoordinatorin bzw. dem Netzwerkkoordinatoren zeitnah mit.

§ 2 Umfang der Kooperation

Die Kooperationsvereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmern. Die Zusammenarbeit dient der Stärkung der Kooperation zwischen den beteiligten Fachkräften ebenso wie der Unterstützung und Beratung von Frauen, Männern und Paaren mit Kinderwunsch. Unabhängig davon, ob die betroffenen Personen eine medizinische Kinderwunschbehandlung in Anspruch nehmen, soll immer möglichst bedarfsgerecht und umfassend beraten, informiert und bei Bedarf verwiesen werden.

Die Vertragspartner vereinbaren, dass sie ihre medizinische bzw. psychosoziale Beratungsarbeit bei Kinderwunsch unter der Berücksichtigung folgender Prinzipien leisten:

a) Personenzentrierte Beratung:

Die Vertragspartner betrachten die Klientenzentrierung als Basis ihrer medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Aufklärungsarbeit. Akzeptanz und Wertschätzung des Gegenübers sowie empathisches und authentisches Verhalten im Kommunikationsprozess werden als wichtige Merkmale der Beratungsarbeit aller Vertragspartner betrachtet.

b) Umfassende Beratung:

Die Beratungsarbeit bei Kinderwunsch umfasst ein breites Themenfeld und hat je nachdem, welche Erfahrungen von den Frauen und Männer bereits

durchlaufen wurden und welche Belastungen sie erleben, unterschiedlichste Schwerpunkte. Themen der Beratung können zum Beispiel folgende Inhalte sein:

- Entscheidungsfragen, die sich auf die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen beziehen (Entscheidung für oder gegen medizinische Behandlungen, Art der Behandlung, Anzahl der Behandlungen, etc.)
- Entscheidungsfragen, die sich auf die weitere Nutzung reproduktionsmedizinischer Assistenz beziehen (Wechsel der Behandlungsmethode, Abschluss der Behandlung, auch ohne Erfolg, etc.)
- der Umgang mit Misserfolgen während und nach medizinischer Kinderwunschbehandlung
- der Umgang mit Trauer nach Fehl- oder Totgeburten
- Ängste in der Schwangerschaft nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung
- Alternative Lebenswege (Plan B, Adoption oder Pflegschaft, Leben ohne Kinder, etc.)
- etc.

Unabhängig vom Beratungsanlass soll sich das Gespräch zu allen Zeitpunkten und Themen an der Trias von Aufklärung, Information und Beratung orientieren. Die Beratung ist immer ergebnisoffen zu führen.

c) Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote und Ausbau der Kooperation:

Bei Bedarf werden die Frauen und Paare auf andere Unterstützungsangebote, Berufsgruppen oder Institutionen (z. B. spezialisierte medizinische Einrichtungen, Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen, Adoptionsvermittlungsdienste, psychologische Fachdienste, Ehe- und Familienberatung, Hebammen, Seelsorge etc.) hingewiesen und auf Wunsch an diese vermittelt. Idealerweise sind diese Fachdienste am Netzwerk Kinderwunsch Amberg beteiligt. Auch die Vermittlung von Kontakten zu bestimmten Personen außerhalb des professionellen Hilfesystems (z. B. zu betroffenen Familien, Selbsthilfegruppen) gehört zum Beratungsangebot. Bei Bedarf werden mit Einverständnis der betroffenen Frauen und Männer Beratungsgespräche oder Unterstützungsangebote auch gemeinsam gestaltet.

§ 3 Inhalte der Kooperation

Die Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer treffen im Einzelnen folgende Vereinbarung:

a) Vernetzungsform zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des „Netzwerk Kinderwunsch Amberg“:

Mindestens einmal jährlich findet ein verbindlicher Informationsaustausch zwischen den Vertragspartnern in Form eines Runden Tisches statt. Dieser dient sowohl dem gegenseitigen fachlichen Informationsaustausch als auch der Reflexion der Zusammenarbeit. Zu diesem Treffen müssen alle Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer eingeladen werden; darüber hinaus können auch weitere Kooperationspartner und Interessierte eingeladen werden.

Die Organisation des Runden Tisches wird von der gewählten Netzwerkkoordinatorin bzw. dem Netzwerkkoordinatoren übernommen. Inhaltlich können verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden, wobei immer darauf zu achten ist, dass sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte ausreichend Berücksichtigung finden.

Während dieser Versammlung wird außerdem über grundsätzliche Fragen und Angelegenheiten des Netzwerkes entschieden.

b) Spezielle Aufgaben der psychosozialen Beratung:

Setting

Die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch findet auf Wunsch der Betroffenen zum nächst möglichen Zeitpunkt und in der Regel in der Beratungsstelle statt. Nach Absprache kann die psychosoziale Beratung auch vor Ort in der medizinischen Einrichtung angeboten werden. Wenn die Beratung vor Ort stattfinden soll, müssen von der medizinischen Einrichtung geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Vor-Ort-Beratung wird nur dann von den Beratungsstellen angeboten, wenn es die zeitlichen und personellen Ressourcen zulassen.

Zeitliche Rahmenbedingungen des psychosozialen Beratungsangebotes

Die Erreichbarkeit der Beratungsfachkräfte muss sichergestellt und die Beratungszeiten den Netzwerkpartnern bekannt gemacht werden. Die angefragte Beratungsfachkraft sorgt dafür, dass immer dann, wenn sie selbst für einen dringenden Beratungsbedarf nicht zur Verfügung stehen kann, die Weitervermittlung an eine spezialisierte Beratungsfachkraft (aus der eigenen Beratungsstelle oder aus dem Netzwerk) zügig gelingen kann.

Verweisungsstrukturen durch die Fachkräfte der Schwangerschaftsberatung
Frauen und Männer, welche eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, werden bei medizinischen Fachfragen auf die medizinischen Einrichtungen, Fachärztinnen und Fachärzte des Kooperationsnetzwerkes hingewiesen. Auf Wunsch der Frauen und Paare stellt die Beratungsfachkraft einen Kontakt zur von der Klientin gewünschten Praxis oder Klinik her bzw. übernimmt die Vereinbarung eines Termins.

c) Spezielle Aufgaben der medizinischen Einrichtung:

Um Frauen und Männern ein frühzeitiges und umfassendes Beratungsangebot zu ermöglichen, werden diese von allen am Netzwerk beteiligten Ärztinnen und Ärzten persönlich auf ihren bestehenden psychosozialen Beratungsanspruch bei den Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen hingewiesen. Unterstützend hierzu wird ein Informationsflyer zum psychosozialen Beratungsangebot bei Kinderwunsch überreicht.

Die Verweisung durch die Ärztin bzw. den Arzt soll non-direktiv erfolgen und sowohl einen Hinweis auf die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, die Anonymität und die Kostenfreiheit der Beratung enthalten als auch den unterstützenden Charakter des Angebotes vermitteln. Auf Wunsch der Frauen und Männer bietet die medizinische Einrichtung an, den Kontakt zur Beratungsstelle herzustellen bzw. einen Termin für die Betroffenen zu vereinbaren.

Der Hinweis auf das psychosoziale Beratungsangebot erfolgt bei allen Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch, unabhängig davon, ob die Betroffenen eine medizinische Kinderwunschbehandlung in Erwägung ziehen, sich bereits in einer Kinderwunschbehandlung befinden oder diese bereits abgeschlossen haben.

d) Ausbau der Niedrigschwelligkeit der Beratungsangebote bei Kinderwunsch:

Es wird konsequent an der Herstellung niedrigschwelliger Zugangswege gearbeitet. Die Zusammenarbeit im Netzwerk soll darauf ausgerichtet sein.

e) Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit:

Die Gestaltung von gemeinsamen Informationsaktionen für die allgemeine Öffentlichkeit sowie für Fachkreise wird angestrebt.

§ 4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zur langfristigen Qualitätssicherung der Beratung bei Kinderwunsch treffen die Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer folgende Vereinbarung:

a) Bestimmung der Netzwerkkoordinatorin bzw. des Netzwerkkoordinatoren

Im Rahmen eines jährlichen Treffens wird eine Netzwerkkoordinatorin bzw. ein Netzwerkkoordinator von den Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmern durch einfache Mehrheit der anwesenden Stimmen bestimmt. Idealerweise wechselt das Amt der Netzwerkkoordination durch, wobei auch dieselbe Netzwerkkoordinatorin bzw. derselbe Netzwerkkoordinator beliebig oft wiedergewählt werden kann.

b) Aufgaben der Netzwerkkoordination

Die Netzwerkkoordinatorin bzw. der Netzwerkkoordinator vertritt das Netzwerk nach außen. Sie bzw. er bestimmt über die Aufnahme neuer Netzwerkpartner und ist für die Organisation des jährlichen Treffens zuständig.

c) Regelmäßiger Informationsaustausch: Mindestens einmal jährlich findet zwischen den Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmern ein organisierter Informationsaustausch statt (siehe § 3a).

d) Nutzung des Netzwerklogos: Alle Institutionen und Fachkräfte, welche die Netzwerkvereinbarung unterzeichnet haben, dürfen das Netzwerklogo im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit nutzen, um ihre Zugehörigkeit zum Netzwerk anzuzeigen. Das Logo darf sowohl auf Flyern als auch im Kontext anderer Medien (Internet-Auftritte, Praxis TV, etc.) verwendet werden. An andere Fachkräfte und Einrichtungen, die dem Netzwerk nicht angehören, darf das Logo nicht zur Nutzung weitergegeben werden.

e) Hospitation: Die Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmer verpflichten sich gegenseitig, auf Wunsch Hospitationen zu ermöglichen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung sind weitere Maßnahmen anzustreben, wie zum Beispiel die Nutzung und Organisation interdisziplinärer Supervision und gemeinsamer Fallarbeit, die Umsetzung verstärkter Öffentlichkeitsarbeit sowie die kooperative Gestaltung interprofessioneller Fachtage und Fortbildungen.

§ 5 Dauer des Kooperationsvertrages

Der Kooperationsvertrag gilt immer bis zum 31. Dezember des Beitrittsjahres und wird stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht bis zwei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres in schriftlicher Form gekündigt wurde.

§ 6 Austritt / Kündigung

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung der Kooperationsvereinbarung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Kündigung bedarf der Schriftform und muss an die Netzwerkkoordinatorin bzw. den Netzwerkkoordinatoren erfolgen.

§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht

Die Bestimmungen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht werden immer eingehalten. Nur nach Absprache und Einwilligung der Klientin bzw. des Klienten können personenbezogene Daten zwischen den Netzwerkteilnehmerinnen und -teilnehmern ausgetauscht und besprochen werden.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten sich einzelne Bestimmungen der vorliegenden Vereinbarung als unwirksam oder undurchführbar oder sich die Vereinbarung als lückenhaft erweisen, bleibt davon die Wirksamkeit der Kooperationsvereinbarung im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen sollen diejenigen durchführbaren Regelungen treten, welche der Zielsetzung der Vereinbarung am nächsten kommen.

§ 9 Nebenabreden

Änderungen und / oder Ergänzungen der Kooperationsvereinbarung bedürfen der Schriftform.

Unterschrift der Netzwerkteilnehmerin / des Netzwerkteilnehmers

.....
Ort Datum Unterschrift

Unterschrift der Netzwerkkoordinatorin bzw. des Netzwerkkoordinatoren

.....
Ort Datum Unterschrift

Kontaktdaten der Netzwerkkoordinatorin bzw. des Netzwerkkoordinatoren:

Name:
Anschrift:
Telefon:
E-Mail:

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zum Netzwerk an obenstehende Kontaktperson.

h) Glossar – Erklärungen von Fachbegriffen

Andrologie

Die Andrologie ist die Lehre von den männlichen Fortpflanzungsfunktionen und gehört zum Bereich der Männerheilkunde.

Blastozyste

Im fortgeschrittenen Teilungsstadium der befruchteten Eizelle, circa 5 bis 6 Tage nach der Befruchtung, spricht man von der Blastozyste.

Chlamydien

Bakterien, die meist sexuell übertragen werden und verschiedene Krankheiten auslösen können; eine Infektion der Frau kann zur Unfruchtbarkeit führen.

DIR (Deutsches IVF-Register)

Deutsches IVF-Register, das Behandlungszyklen und Schwangerschaftsraten reproduktionsmedizinischer Einrichtungen dokumentiert.

Donogene Insemination (DI) (siehe auch Heterologe Insemination)

Insemination mit Spendersamen.

Embryo

Bezeichnung für das ungeborene Kind in den ersten neun bzw. zwölf Schwangerschaftswochen.

Embryotransfer (ET)

Das Übertragen eines Embryos in die Gebärmutter (ET) [oder in den intakten Eileiter, als tubarer Embryotransfer (TET)].

Endometriose

Das Auftreten von gebärmutterschleimhautähnlichem Gewebe außerhalb der Gebärmutter.

Fetus oder Fötus

Bezeichnung für das ungeborene Kind nach der neunten (zum Teil auch erst nach der zwölften) Schwangerschaftswoche.

Fertilisation

Befruchtung.

Gameten

Keim- oder Geschlechtszellen (Ei- und Samenzellen).

GIFT

Als Intratubarer Gametentransfer (GIFT) wird das Einbringen von Ei- und Samenzellen in den Eileiter bezeichnet.

Heterologe Insemination (siehe auch Donogene Insemination)

Insemination mit Spendersamen.

Homologe Insemination

Insemination mit dem Samen des Ehemannes / Lebenspartners.

Idiopathische Infertilität / Sterilität

Ungeklärte Infertilität / Sterilität ohne erkennbare organische oder seelische Ursachen.

Implantation

Das Einnisten des Embryos in die Gebärmutterschleimhaut.

Infertilität (siehe auch Sterilität)

Unfruchtbarkeit mit nur geringer Wahrscheinlichkeit einer spontanen Konzeption. (Früher: Unmöglichkeit, eine Schwangerschaft auszutragen. Heute: Meist synonym verwendet mit Sterilität.)

Insemination

Das Einbringen von Samen(zellen) in die Gebärmutterhöhle oder den Eileiter.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Ein Verfahren der Reproduktionsmedizin bei eingeschränkter männlicher Fruchtbarkeit: die Samenzelle wird direkt in die Eizelle injiziert (auch Mikroinjektion genannt).

In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Ein Verfahren der Reproduktionsmedizin, bei dem die Befruchtung außerhalb des menschlichen Körpers stattfindet. In vitro bedeutet wörtlich „im Glas“ (lat. vitrum = Glas) und bezeichnet Vorgänge außerhalb des lebenden Organismus.

Kryokonservierung

Mit Hilfe der Kryokonservierung (Tiefgefrieren) können Zellen oder Gewebematerial bei tiefen Temperaturen in flüssigem Stickstoff aufbewahrt werden.

MESA

Mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration: Verfahren zur Gewinnung von Sperma aus dem Nebenhoden.

PID (Präimplantationsdiagnostik)

Genetische Diagnostik von Zellen eines nach künstlicher Befruchtung entstandenen Frühstembryonen. In Deutschland ist die PID nur unter bestimmten Voraussetzungen zur gezielten Untersuchung auf schwere Erbkrankheiten zulässig.

PND (Pränataldiagnostik)

Vorgeburtliche Untersuchungen während der Zeit der Schwangerschaft, die Aussagen über die Entwicklung, bestimmte Krankheiten oder Behinderungen des ungeborenen Kindes machen.

Punktion

Operative Entnahme von Eizellen.

Sterilität (siehe auch Infertilität)

Unfruchtbarkeit mit nur geringer Wahrscheinlichkeit einer spontanen Konzeption. (Früher: Zeugungsunfähigkeit.

Heute: Meist synonym verwendet mit Infertilität.)

Subfertilität

Von Subfertilität wird gesprochen, wenn trotz Infertilitätserscheinungen nennenswerte Spontankonzeptionsaussichten bestehen (eingeschränkte Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit).

TESE

Testikuläre Spermienextraktion: Verfahren zur Gewinnung von Sperma aus dem Hoden.

Urologie

Die Urologie befasst sich mit den Erkrankungen der Harnorgane und den männlichen Geschlechtsorganen.

IV. LITERATUR

- Beck, U. / Beck-Gernsheim, E. (1994): Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Beck, U. / Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): *Risikante Freiheiten*. (S. 10–39). Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Boivin, J. / Bunting, L. / Collins, J. A. H / Nygren, K. G. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. In: *Human Reproduction* 22 (6), S. 1506–1512.
- BRZ (Bundesverband reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland) (2013): <http://www.repromed.de/ung-kinderlosigkeit/grundlagen.html>. Stand Februar 2014.
- Diedrich, K. / Felberbaum, R. / Griesinger, G. / Hepp, H. / Kreß, H. / Riedel, U. (2008): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- DIR Jahrbuch 2012: Modifizierter Nachdruck aus *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* Sonderheft 2 / 2013.
- Dorn, A. (2010): Kinderwunschbehandlung und Psyche. Was hilft bei psychischen Belastungen in der Kinderwunschzeit? *Gyne* November 2010, S. 10–17.
- Elsholz, U. / Jäkel, L. / Megerle, A. / Vollmer, L.-M. (2006): *Verstetigung von Netzwerken*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V.
- Endres, E. (2011): Vernetzung – Was ist das und wie kann sie funktionieren? In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.): *Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*, Berlin. Online verfügbar unter http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Endres_Egon_Qualitaetsentwicklung_11-02-11.pdf (Stand: 08.01.2014).
- Endres, E. (2012): Erfolgsbausteine des Netzmanagements. Wann gelingen Netzwerke? In: *Politische Studien* 63 (445), Hanns Seidel Stiftung, S. 48–59.
- Franck, N. (2012): *Praxiswissen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Ein Leitfaden für Verbände, Vereine und Institutionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gille, G. / Hinzpeter, B. / Klapp, C. / Layer, C. (2011): Der Kinderwunsch Jugendlicher zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Ärztliche Gespräche mit jungen Mädchen in Schulen. In: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2011 8 (2), S. 100–107.
- Hämmerli, K. / Znoj, H. / Berger, T. (2009): Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2009 6 (3), S. 111–115.
- Homan, G. F. / Davies, M. / Norman, R. (2007): The impact of lifestyle factors and reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update* 13 (3), S. 209–223.
- Kupka, M. S. (2004): *Entwicklung und Nutzung klinisch relevanter Instrumente der Qualitätssicherung in der humanen Reproduktionsmedizin in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung informationstechnologischer Werkzeuge und epidemiologischer Analysen*. Habilitationsschrift. URL: <http://www.kupka.info/Kupka-Habil.pdf> (Stand 05.03.2014).
- Luetkens, S. A. (2010): Netzwerkstrategien aus wissenschaftlicher Sicht. Vortrag zu „Bewegt in Form – Bewegung und Ernährung – vom Nebeneinander zum Miteinander“ am 13. März 2010 in Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.sportland.nrw.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf_download/konferenz_bewegt_in_form/netzwerkstrategien_aus_wiss_sicht_luetkens.pdf&hash=bf61697b053a9b1adb7955cb18b7fea36770b5f4, zuletzt geprüft am 05.02.2014.

(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006: Deutsches Ärzteblatt (103) 20 (19.05.2006), S. A1392–A1402.

Nestmann, F. (2004): Ressourcenorientierte Beratung. In: Nestmann, F. / Engle, F. / Sickendieck, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung Band 2; Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt-Verlag.

Ochs, M. / Urban, R. (2012): Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. In: KONTEXT – Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie 43 (2), S. 154–166.

Peuckert, R. (2012): Familienformen im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS.

Quilling, E. / Nicolini, H. J. / Graf, C. / Starke, D. (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer VS.

Revermann, C. / Hüsing, B. (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. Endbericht zum TA-Projekt. Arbeitsbericht Nr. 139. Berlin: Büro für Technikfolgen – Abschätzung beim Deutschen Bundestag.

Robert Koch-Institut (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 20 – Ungewollte Kinderlosigkeit (in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt). Berlin: Robert Koch-Institut.

Schneider, N. F. (2010): Elternschaft in der Moderne – Soziologische Betrachtungen und ihre politischen Implikationen. In: Hardt, J. / Matthejat, F. / Ochs, M. / Schwarz, M. / Merz, T. / Müller, U. (Hrsg.): Sehnsucht Familie in der Postmoderne. Eltern und Kinder in Therapie heute. (S. 25–43). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schubert, H. (2008): Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Schubert, H. (Hrsg.): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele. (S. 7–105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Spitzer, D. (2001): Begriffsbestimmung und Pathogenese: Sterilität – Infertilität. Journal für Fertilität und Reproduktion 11 (5) (Ausgabe für Österreich), S. 37–39.

Statistisches Bundesamt (2013): Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stehle, L. (2011): Handbuch Praktische Öffentlichkeitsarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft für Landesjugendämter. Online verfügbar unter https://www.lwl.org/lja-download/unterstuetzung-die-ankommt/extern/BAG-Landesjugendaemter_Handbuch_Praktische_OeA-FINAL.pdf, zuletzt geprüft am 07.02.2014.

Stockert, G. / Winterstein, H. (2009): Rahmenhandbuch Qualitätsmanagement der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen in Bayern. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

Sütterlin, S. / Hoßmann, I. (2007): Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kinder-mangel in Deutschland tun? Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Thorn, P. (2010): Männliche Unfruchtbarkeit und Kinderwunsch. Stuttgart: Kohlhammer.

Thorn, P. (2012): Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Ziele, Aufgaben, aktuelle Projekte. In: pro familia Dokumentation: Kinderwunsch und professionelle Beratung. Fachgespräch zur Auswertung des modellhaften Kooperationsprojekts von pro familia und BKiD. (S. 12–13). Frankfurt a.M.: pro familia.

Wischmann, T. (2008): Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In: Kleinschmidt, D. / Thorn, P. / Wischmann, T. (Hrsg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung – Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). (S. 31–36). Stuttgart: Kohlhammer.

Wischmann, T. (2009): Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 6 (5), S. 214–222.

Wischmann, T. (2012): Einführung Reproduktionsmedizin. München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Zegers-Hochschild, F. / Adamson, G.D. / Mouzon de, J. / Ishihara, O. / Mansour, R. / Nygren, K. / Sullivan, E. / Vanderpoel, S. (2009): International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology 2009. In: Fertility and Sterility 92 (5), S. 1520–1524.

www.ifb-bamberg.de

© 2014 Staatsinstitut für Familienforschung
an der Universität Bamberg (*ifb*)
D-96045 Bamberg
Hausadresse: Heinrichsdamm 4, D-96047 Bamberg

Leiterin: Prof. Dr. Henriette Engelhardt-Wölfler
stv. Leiterin: Dr. Marina Rupp
Telefon: 0951 96525-0
Telefax: 0951 96525-29
E-Mail: sekretariat@ifb.uni-bamberg.de
Internet: www.ifb-bamberg.de

Jeder Nachdruck und jede Vervielfältigung – auch auszugsweise –
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Staatsinstituts für
Familienforschung an der Universität Bamberg.

Autorinnen: Dr. Birgit Mayer-Lewis unter Mitarbeit von Regina Neumann

Gestaltung: PicaArt Werbeagentur Anja Mittra, Nürnberg
Bildnachweis: © Martina Berg - Fotolia.com, creativ collection
Druck: bonitasprint gmbh Würzburg
Stand: März 2014

ifb-Materialien 1-2014

Das Projekt wurde gefördert durch das



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Soziales, Familie und Integration